

FACULTE DE MEDECINE

Du Traitement de l'Ulcère Duodénal

Étude faite dans le Service de Gastro-Entérologie
du Docteur Victor PAUCHET
à l'Hôpital Saint-Michel de Paris

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Avril 1938

par

Gaston RAJON

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel de Paris
Lauréat de la Société des Chirurgiens de Paris
(Prix de Chirurgie Gastro-intestinale 1926)

Croix de Guerre
Croix du Combattant Volontaire

Né le 18 Septembre 1896 à Vienne (Isère)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. P. DELMAS, Professeur, président.
MASSABUAU, Professeur.
GUIBAL, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, agrégé.

ASSESSEURS

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DE SAUVAGES

—
1938

FACULTE DE MEDECINE

Du Traitement de l'Ulcère Duodénal

Étude faite dans le Service de Gastro-Entérologie
du Docteur Victor PAUCHET
à l'Hôpital Saint-Michel de Paris

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Avril 1938

par

Gaston RAJON

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel de Paris
Lauréat de la Société des Chirurgiens de Paris
(Prix de Chirurgie Gastro-intestinale 1926)
Croix de Guerre
Croix du Combattant Volontaire

Né le 18 Septembre 1896 à Vienne (Isère)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse { MM. P. DELMAS, Professeur, président.
MASSABUAU, Professeur.
GUIBAL, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, agrégé.

assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DE SAUVAGES

1938

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Chimie biologique et médicale
 Physique médicale
 Anatomie pathologique
 Microbiologie
 Pathologie et thérapeutique générales
 Thérapeutique et matière médicale
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Pathologie médicale et clinique propédeutique
 Clinique médicale

MM. J. DELMAS
 TURCHINI
 L. HEDON
 CRISTOL
 PECHE
 GRYNFELT
 LISBONNE,
 PAGES
 BOUDET
 PUECH
 CARRIEU
 VIDAL
 BOULET
 GIRAUD
 RIMBAUD
 MASSABUAU
 RICHE
 P. DELMAS
 EUZIERE, doyen
 LEENHARDT
 MARGAROT
 ETIENNE
 JEANBRAU
 LAPEYRE
 N
 TERRACOL
 LAMARQUE
 LAUX
 GRANEL

Clinique chirurgicale
 Clinique obstétricale
 Clinique des maladies mentales et nerveuses
 Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge
 Clinique de dermatosyphiligraphie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie
 Radiologie (Ch. de c.)
 Anatomie (Ch. de c.)
 Histologie (Ch. de c.)

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
 FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, GALAVIELLE
 BOSCH, VILLARD, VIREB, CABANNES

Chargés de Cours Complémentaires

Histoire Naturelle Médicale
 Pathologie médicale et Clinique propédeutique
 médicale
 Clinique propédeutique médicale
 Clinique des maladies contagieuses
 Clinique physiologique
 Pathologie expérimentale
 Pathologie externe
 Médecine opératoire
 Accouchements
 Ophtalmologie
 Stomatologie

HARANT, Dr.
 BAUMEL, agr.
 P. RIMBAUD, agr.
 JANBON, agr.
 BOUDET, prof.
 GUIBAL, agr.
 MOURGUE-MOLINES, ag.
 SOUBEIRAN, ag. libre
 COLLE DE CARRIEU, ag. libre
 DEJEAN, ag.
 Dr WATON

Agrégés en exercice

Bactériologie
 Médecine
 Chirurgie
 Ophtalmologie

CARRERE
 JANBON
 BAUMEL
 P. RIMBAUD
 LAFON, cha. d'agr.
 BOUCOMONT ch., d'agr.
 MM. AIMES
 MOURGUE-MOLINES
 GUIBAL
 ROUX
 DEJEAN

Examinateurs de la Thèse

MM. P. DELMAS, Prof. président
 MASSABUAU, Professeur

MM. GUIBAL, Agrégé
 MOURGUE-MOLINES, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



— V —

A LA MÉMOIRE DE

MON PÈRE

MA MÈRE

MON FRÈRE ROBERT

MORT POUR LA FRANCE AU COMBAT DE L'AMSSEFF
(MAROC 1925)

MON COUSIN

LE BARON DE JUBIÉ

— VII —

A MA FEMME

A MES BEAUX PARENTS

A MA TANTE

MADemoisELLE CHAMPIN

A MON FRÈRE JOSEPH

AU COMMANDANT LÉANDRI
Grand Officier de la Légion d'Honneur

En hommage de mon amitié.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

LE DOCTEUR PAUCHET

Chirurgien de l'hôpital Saint-Michel
Commandeur de la Légion d'Honneur

*témoignage de gratitude et d'admira-
tion.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

S T A G E

Paris

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Montpellier

M. LE PROFESSEUR TEDENAT

M. LE PROFESSEUR ESTOR

M. LE PROFESSEUR LEENHARDT

M. LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

M. LE PROFESSEUR JEANBRAU

M. LE PROFESSEUR MARGAROT

EXTERNAT

Paris

M. LE PROFESSEUR LEJARS

M. LE DOCTEUR ENRIQUEZ

M. LE DOCTEUR MACÉ

INTERNAT PROVISOIRE

M. LE DOCTEUR ARROU

INTERNAT DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL

M. LE DOCTEUR RECAMIER

M. LE DOCTEUR PETIT-DUTAILLIS

M. LE PROFESSEUR HEITS-BOYER

M. LE DOCTEUR PAUCHET

A MON JURY DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL DELMAS

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Montpellier

Médecin en chef de la Maternité

Officier de la Légion d'Honneur

Docteur Honoris causa de la Faculté de Médecine du Caire

*en témoignage de la reconnaissance
que nous lui gardons, et de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.*

M. LE PROFESSEUR MASSABEAU

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Montpellier

Officier de la Légion d'Honneur

*que nous remercions du grand hon-
neur qu'il nous fait.*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUIBAL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médaille Militaire — Croix de Guerre

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOURGUE-MOLINES

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Hommages respectueux.

AVANT-PROPOS

C'est à l'Hôpital Saint-Michel de Paris, dans le service de notre Maître le Docteur Pauchet, que nous avons établi la plus grande partie de ce travail. Durant plus de deux ans, nous fûmes son interne et c'est à son contact, que nous avons appris ce que nous savons en gastro-entérologie. Nous ne l'avons quitté que contraint par une grave affection de guerre qui nous obligea d'interrompre, quelques années, notre vie médicale.

Cette étude du traitement de l'ulcère duodénal nous permettra de rendre hommage à la mémoire de notre Maître Pauchet. Chirurgien qui fit partie de cette petite phalange d'hommes extraordinaires qui émerge, à chaque génération, dans leur profession.

Victor Pauchet avait acquis une renommée universelle et on venait le voir opérer du monde entier; les séances du lundi après-midi, à Saint-Michel, étaient connues de tous les chirurgiens. Nous eûmes le plaisir d'y voir M. le Professeur Guibal devant lequel, aujourd'hui, nous présentons ce travail. Les frères Mayo, Moynihan, Finsterer,

Schœmaker, Donati, Alessandri, Bastianelli et bien d'autres, y venaient périodiquement constater les modifications et les progrès de sa technique opératoire. Beaucoup nous ont exprimé leur admiration.

C'est à propos des cas les plus graves qu'il donnait la mesure de son talent et de son sang-froid. « J'ai tout eu et tout vu ! » disait-il, c'était vrai. Et il avait ainsi acquis une expérience rare. Constamment, il cherchait à mieux faire, « à se rénover » et son évolution consistait à ne conserver que les meilleures opérations. Il avait le génie de la technique chirurgicale et il fit faire un grand pas à la chirurgie gastro-intestinale.

Il y a quinze ans, Pauchet présentait déjà des statistiques importantes de gastrectomies, alors que, par ailleurs, on discutait encore sur la façon de placer la bouche de gastro-entérostomie. Sur la fréquence, ou même la réalité de l'ulcus peptique. En 1931, au Congrès de Chirurgie, le Professeur Gosset, dans son rapport sur cette question, déclarait : « Messieurs, si nous connaissons bien l'ulcère peptique et si nous savons le traiter, c'est à Pauchet que nous le devons ; il faut le dire bien haut ! »



Qu'il nous soit permis, ici, d'exprimer notre sentiment de profonde reconnaissance aux maîtres éminents de la Faculté de Médecine de Montpellier, qui ont été nos premiers maîtres et devant lesquels nous avons tenu de venir achever nos études. Fidélité de mon pays rhodanien pour Montpellier qui reste le foyer de l'instruction médicale.

INTRODUCTION

Le traitement médical et chirurgical de l'ulcère du duodénum a été longuement discuté, au cours de ces dernières années. Le traitement chirurgical notamment a soulevé de vives controverses, il reste encore actuellement à l'ordre du jour et c'est lui que nous nous proposons particulièrement d'étudier.

Il n'est pas douteux que les divergences concernant le choix du meilleur procédé opératoire, doivent subsister encore longtemps et d'autant plus que la pathogénie de la maladie ulcéreuse reste incertaine.

Malgré d'innombrables travaux français et étrangers et les remarquables recherches expérimentales de l'Ecole de Strasbourg, cette pathogénie reste encore pleine d'obscurité.

Pendant longtemps, les chirurgiens sont restés partisans des opérations palliatives, parmi lesquelles la gastro-entérostomie fut sans conteste la plus communément pratiquée. Après le premier Congrès International de Chirurgie de Bruxelles en 1905 et le dix-huitième Congrès Français de Chirurgie, qui eut lieu la même année, cette opé-

ration fut, en effet, considérée comme la méthode de choix pour le traitement chirurgical de tous les ulcères et était devenue, pour ainsi dire, la panacée de la plupart des affections non néoplasiques de l'estomac.

Or, seules les analyses des résultats, basées sur des statistiques et surtout la notion du degré de bénignité opératoire, avaient pesé, pendant longtemps, sur le choix et décidé des préférences chirurgicales.

Cependant, un recul suffisant permettant de mieux juger les imperfections et les inconvénients de la méthode; des acquisitions nouvelles sur la physiologie de la sécrétion gastrique et les perfectionnements apportés en matière de technique et surtout d'anesthésie, dans la chirurgie gastro-duodénale, ont permis de revenir sur cette opinion et d'assister à un véritable revirement des idées à son sujet.

A la suite des travaux de Pauchet, en France, les échecs et les inconvénients de la gastro-entérostomie furent longuement étudiés et la méthode s'est vue progressivement, reléguée au deuxième rang, cédant la place aux avantages de la gastrectomie.

La gastrectomie, opération rationnelle, supprimant le foyer ulcéreux et les lésions gastriques avoisinantes, modifiant la sécrétion gastrique dans un sens favorable, tend à être considérée, de plus en plus, aujourd'hui, comme l'opération de choix.

Le seul argument contre elle fut, pendant longtemps, en réalité, sa gravité immédiate. C'est cette gravité qui contraignait, les chirurgiens, à persévérer dans la voie des opérations palliatives.

Il ne paraissait pas légitime de soumettre les malades atteints d'ulcère et plus particulièrement d'ulcus duodénal, affection relativement peu grave pendant longtemps, du point de vue vital, en dehors de ses complications

aiguës et compatible avec une activité sociale importante, à une opération grevée d'une lourde mortalité. Or, les progrès techniques réalisés ont complètement transformés les données du problème, en réduisant la mortalité de la gastrectomie, tout au moins pour les cas de gravité moyenne, aux taux que comporte habituellement toute intervention abdominale importante.

Il n'en reste pas moins vrai que, en ce qui concerne en particulier l'ulcère du duodénum, la question reste plus complexe.

Ici, l'ulcère siège sur un segment intestinal fixe ou souvent fixé, en connexion étroite avec les canaux bilio-pancréatiques et au voisinage immédiat des organes du pédicule hépatique, rapports dangereux, rendus d'ailleurs encore plus étroits du fait des modifications anatomiques liées à l'évolution, plus ou moins ancienne, du processus ulcéreux.

C'est dire que la gastrectomie appliquée, sans discernement, à tous les cas serait certainement assez grave.

Après de nombreuses tentatives malheureuses, les chirurgiens furent donc obligés de sélectionner les cas relevant d'elle et de réserver aux cas graves les opérations palliatives. Les opinions se partagèrent. Certains sont restés fidèles à la gastro-entérostomie, arguant de sa bénignité et de l'extrême rareté de la transformation néoplasique de l'ulcère duodénal laissé en place.

Finsterer et d'autres à sa suite, pratiquent la gastrectomie pour exclusion, qui laisse en place l'ulcère, mais qui conserve les avantages physiologiques de la gastrectomie.

De ce qui précède, on peut donc déduire que, pour les ulcères duodénaux en activité comme pour les ulcères gastriques, la résection gastrique large est l'intervention idéale.



Dans ce travail, après avoir passé en revue les lésions anatomiques, et après avoir brièvement étudié le traitement médical, nous nous proposons d'essayer de dégager les règles d'une tactique opératoire. Laquelle pourrait guider, en présence des différentes lésions, à fixer le choix du procédé à appliquer, tout en considérant que la résection radicale, dans la mesure où les lésions le permettent, doit rester le procédé vers lequel il faut tendre. Et, dans ce sens, nous étudierons les moyens qui permettent d'étendre ces indications sans augmenter démesurément les risques opératoires.

En somme :

— Préciser les indications de la gastrectomie large, et les techniques qui permettent d'étendre son application sans danger pour le malade.

— Etudier les indications des opérations palliatives et leur valeur thérapeutique.

Tels sont les problèmes essentiels que nous nous proposons d'aborder.

Sans doute, nous n'avons aucune illusion sur ce qu'un tel sujet comporte de provisoire et même d'arbitraire.

Faire le bilan des données acquises par l'expérience accumulée, essayer d'en dégager quelques directives utiles dans la pratique, dans le cadre des possibilités actuelles, voici les idées directrices qui vont dominer l'esprit de ce travail, attendu qu'en aucune façon, on ne saurait prétendre apporter des solutions définitives dans ce domaine.

CHAPITRE I

Fréquence de l'ulcère du duodénum

Etudié par Klings (de Wuzbourg), en 1860, puis par Trier et Chvostek, l'ulcère duodénal fut décrit, pour la première fois, en France, par Bucquoy en 1887. Henri Collin en fit le sujet de sa thèse en 1894. En ces dernières années il a fait l'objet de nombreux et importants travaux. Longtemps, il fut considéré, par l'école française, comme une rareté.

En 1910, Victor Pauchet et Ricard furent chargés de faire le rapport au Congrès Français de Chirurgie sur l'ulcère duodénal. Les seuls documents qu'ils recueillirent furent ceux des frères Mayo (de Rochester) et de Moynihan (de Leeds). Pauchet écrivit à tous les chirurgiens et médecins pour connaître le résultat de leur expérience. Français, Allemands, Suisses, etc. lui répondirent qu'ils n'avaient jamais vu d'ulcère du duodénum. Seuls, les anglo-américains lui envoyèrent une réponse positive; ils insistaient sur sa fréquence et Pauchet et Ricard mirent ce point en lumière dans leur rapport.

Il y avait là un malentendu. Les auteurs européens appelant « ulcères juxta-pyloriques » une bonne partie des ulcères duodénaux.

Le pylore, en effet, n'est qu'un « simple anneau musculaire » se terminant à pic du côté du duodénum, et gagnant en pente douce le niveau de la muqueuse gastrique (vestibule prépylorique). Son repérage est souvent difficile, même au cours d'intervention. Or, les auteurs américains, les frères Mayo, délimitèrent le duodénum en le faisant commencer après une veine, tapissant la face supérieure de la région pylorique, la « pyloric vein ».

Cette veine pylorique descend juste devant la valvule pylorique. Cependant, il faut reconnaître que cette veine pylorique est une limite aléatoire, car, pour Hartmann, elle est souvent en situation variable. Dans ces cas, l'examen attentif de la région, la consistance même de l'anneau pylorique, permettent une délimitation exacte.

Ainsi délimitée à sa gauche, la première portion du duodénum est un siège fréquent de lésions ulcéreuses.

C'est ainsi que réunissant la totalité des ulcères opérés pendant que nous étions à l'Hôpital Saint-Michel, l'interne de Pauchet, nous avons trouvé que 56 pour 100 siégeaient sur le duodénum. Nous avons aussi trouvé celui-ci trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il se rencontre surtout de vingt à quarante-cinq ans.

Sur un millier d'opérations d'ulcères gastriques, duodénaux, jéjunaux, Pauchet a pratiqué :

367 opérations pour ulcus gastrique,

536 opérations pour ulcus duodéal,

58 opérations pour ulcus gastrique et duodéal,

39 opérations pour ulcus jéjunat, post-opératoire.

CHAPITRE II

Anatomie du Duodénum

Le duodénum est la partie initiale de l'intestin grêle. Il commence au pylore et se termine sur la face latérale gauche de la 2^e lombaire en se continuant avec le jéjunum-iléon. Sa longueur est de 25 centimètres environ.

Il est profondément situé, sur la paroi abdominale postérieure, en avant de la colonne vertébrale et des gros vaisseaux prévertébraux, enroulé, en forme d'anneau, autour de la tête et du col du pancréas.

Sa limite supérieure, peu visible extérieurement, est indiquée par le sillon duodéno-pylorique qui peut faire défaut. Au point de vue chirurgical, elle est fournie par le pylore dont le relief se reconnaît facilement, à la palpation, à sa consistance.

La limite inférieure se trouve au niveau de l'angle duodéno-jéjunal.

Le duodénum se compose de quatre portions formant, dans leur ensemble, un fer à cheval dont la concavité, dirigée à gauche et en haut, entoure la tête du pancréas.

Les dimensions des différentes portions du duodénum sont variables suivant les types morphologiques.

L'orifice pylorique possède deux éléments fondamentaux : un sphincter et une valvule.

Si l'on examine, sur une coupe transversale de la région pylorique, la couche des fibres circulaires de l'estomac on voit cette couche s'épaissir, en se rapprochant du pylore et présenter, au niveau de l'orifice, une épaisseur de 3 à 4 millimètres puis cesser brusquement de façon à se terminer du côté du duodénum, par une surface plane et comme taillée à pic. Cet anneau musculaire est le sphincter pylorique. Celui-ci est revêtu d'une couche muqueuse qui est la valvule pylorique. La valvule forme une cloison circulaire, plane et verticale, percée d'un trou à son centre et rappelant un diaphragme.

C'est donc, au point de vue structure anatomique, la partie qui se trouve à droite de la valvule pylorique qui est le duodénum.

Avec les auteurs américains, les frères Mayo, Moynihan et avec Panchet, nous délimiterons le duodénum en disant que celui-ci commence immédiatement après une veine, tapissant la face supérieure de la région pylorique, la « pyloric vein ». Ces auteurs ont remarqué que la veine pylorique coïncidait exactement avec la valvule pylorique. Cette veine naît du réseau capillaire superficiel, de là, elle descend, juste devant la valvule pylorique, pour former, dans la sous-muqueuse, le plexus sous-muqueux.

Il est maintenu en position : 1° par le péritoine, qui le rattache à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire ; 2° par le cholédoque et les canaux excréteurs du pancréas ; 3° par ses vaisseaux et nerfs ; 4° par l'insertion du muscle suspenseur du duodénum, le muscle de Treitz.

La partie chirurgicale du duodénum va du pylore à

l'ampoule de Vater, comprenant la première portion et le segment sus-vatérien de la deuxième portion duodénale.

Ceci dit, il ne faudra plus nous étonner de la grande fréquence des ulcus duodénaux que nous trouvons actuellement dans la pathologie digestive. En effet, avant cette délimitation récente du duodénum les auteurs appelaient ulcus juxta-pyloriques une bonne moitié des ulcus duodénaux actuels. On nous disait que l'ulcus duodénal se rencontrait seulement dans 15 pour 100 des ulcus digestifs. D'après Pauchet, les frères Mayo, l'ulcus duodénal atteint près de 60 pour 100 du nombre total des ulcus. Les observations opératoires de l'Hôpital Saint-Michel nous ont donné le chiffre exact 56 pour 100.

CHAPITRE III

Rapports de l'ulcère duodénal avec l'hyperchlorhydrie et la diathèse gastrique hypersthénique

L'étude de la teneur acide du suc gastrique est capitale à connaître pour le traitement, médical ou chirurgical, de l'ulcère duodénal.

L'hyperacidité est un des éléments du syndrome duodénal; toutefois, une fois sur quatre elle fait défaut. Au début surtout, l'ulcus s'accompagne d'une forte chlorhydrie; celle-ci peut ultérieurement s'amender. Parmi les ulcus duodénaux que nous avons examinés la plupart étaient anciens: nous avons néanmoins trouvé une forte hyperchlorhydrie dans plus de 70 pour cent des cas.

A l'Hôpital Saint-Michel on prélève le suc gastrique, pour examen de l'acidité, avec la sonde d'Einhorn au bout de laquelle se trouve une olive métallique percée de quelques orifices.

Le malade vient à jeun, depuis la veille au soir à minuit. Il avale facilement, lui-même, l'olive d'Einhorn et nous

recueillons, lorsque celle-ci est parvenue dans l'estomac, le suc gastrique qui s'y trouve, dans un tube numéroté 1. Nous lui donnons ensuite le repas préconisé, par Maurice Delort et Verpy, consistant en un bol contenant 5 gr. de peptone, 200 gr. d'eau, 30 ou 40 gouttes d'acide salicylique. Nous faisons alors 8 prélèvements successifs, du contenu gastrique de 10 m. en 10 m., pendant 60 m. et enfin, à la 90^e minute, dans des tubes numérotés de 2 à 8. Dans le premier de ces tubes, nous recherchons l'acidité à jeun, ainsi que l'acidité chlorhydrique libre et dans les autres, nous recherchons pareillement A et H.

L'acide salicylique, ajouté au repas, permet de déceler l'évacuation de celui-ci, par la réaction violette que donne le perchlorure de fer.

Normalement l'acidité totale varie entre 1 et 1,7. La chlorhydrie entre 0,2 et 0,7. A la 50^e minute il n'y a plus trace d'acide salicylique dans le tube.

En cas d'ulcus duodénal on trouvera :

- une acidité totale A, de 2,50 ou plus ;
- une chlorhydrie H, de 1,20 ou plus.

L'évacuation est précoce si la lésion siège loin du pylore. Fréquemment, à partir de la 60^e minute, on ne peut recueillir aucun liquide, l'estomac est à sec. Si la lésion est juxta-pylorique elle s'accompagne d'un syndrome pylorique entraînant de la stase. L'élimination retardée de l'acide salicylique sert à l'évaluer.

La radioscopie gastrique d'individus normaux, sans passé dyspeptique, après absorption de bouillie barytée, montre que l'estomac est plus ou moins haut situé, par rapport à l'ombilic chez les uns et les autres.

Dans la majorité des cas, l'ombilic est situé entre la petite et la grande courbure : estomac normotonique ; dans quelques cas la grande courbure est sus-ombilicale : esto-

mac hypertonique; dans quelques autres la petite courbure est sous-ombilicale: estomac hypotonique.

Les mouvements péristalliques de l'estomac sont plus actifs et l'évacuation est plus rapide, dans l'estomac hypertonique que dans celui hypotonique.

Hurst et Morton, qui ont examinés aux rayons l'estomac de nombreux étudiants bien portants, ont remarqué ces faits et sont arrivés à ces conclusions que l'on pouvait considérer l'estomac hypertonique, aussi bien que l'hypotonique, comme constituant des variations normales du type moyen rencontré chez la majorité des hommes bien portants.

Si l'on examine l'acidité du suc gastrique des estomacs hypertoniques des gens normaux, on constate que la plupart de ceux-ci sont hyperchlorhydriques.

Hurst appelle « diathèse gastrique hypersthénique » une déviation congénitale de la normale moyenne qui se manifeste par de l'hypertonie de l'estomac, du péristallisme actif, une évacuation rapide, et de l'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion. Cet état est fréquent et s'observe plus souvent chez les hommes.

Chez les individus, présentant de telles particularités physiologiques, l'évacuation accélérée est trop rapide pour que les aliments aient le temps de neutraliser, par leurs alcalins et leurs protéines, l'hypersécrétion acide du suc gastrique. Ce suc gastrique hyperchlorhydrique s'écoulera dans le duodénum, longtemps après le passage des aliments, et l'irritera.

D'autre part, les radiographies en séries montrent que la progression du contenu de passage, dans la première portion duodénale est relativement lente, alors que le passage dans les autres portions de cet intestin se fait « en éclair ».

Ces faits peuvent expliquer, en partie, l'extrême rareté

de l'ulcus de la deuxième portion du duodénum (ce segment intestinal étant de plus alcalinisé par la bile) et la grande fréquence de l'ulcération siégeant sur le premier segment de cet intestin.

Ce qui est net c'est que l'hyperacidité entretiendra l'ulcération duodénale par auto-digestion et qu'en pratique, l'ulcère du duodénum signifie lésion siégeant sur le premier segment de cet intestin.

Quant à la cause initiale de cet ulcus, nous en ferons une étude rapide, ultérieurement, étant donné les déductions chirurgicales que l'on peut en tirer.

CHAPITRE IV

Traitement médical de l'ulcère duodénal et indications opératoires

Nous voyons donc que, dans le traitement de l'ulcère duodénal, il faut réaliser la diminution de la sécrétion et neutraliser celle-ci par les alcalins. Ceux-ci doivent être donnés tardivement deux ou trois heures après l'ingestion des aliments, afin que le chyme soit neutralisé peu de temps avant son passage dans le duodénum.

A. — Indications du traitement médical

Elles sont plus étendues que dans le cas d'ulcus gastrique.

C'est un ulcère produit de façon passagère, en un lieu de passage et non de stagnation.

Il se produit, de plus, en un milieu « relativement alcalin » par voisinage de l'ampoule de Vater.

C'est un ulcère qui se cancérisé très rarement. F. Ramond et Darquier, dans leur étude sur les duodénites, ont insisté sur la curieuse résistance des cellules Brunériennes à la transformation métaplasique, si on les compare aux cellules pyloriques qui sont cependant leur homologue. L'âge du sujet ne sera donc pas une indication absolue du traitement chirurgical, puisque l'on n'a pas à craindre la transformation néoplasique.

L'ulcus duodénal est d'un diagnostic souvent incertain et le chirurgien ne doit pas intervenir pour une irritation simple du duodénum. Souvent le diagnostic de cet ulcère n'est qu'une probabilité: « la périviscérité du carrefour modifie le tableau clinique propre à chacune des affections du carrefour et tend à édifier un syndrome commun dans lequel elles se confondent toutes » (Enriquez). L'hémorragie n'entraîne pas le diagnostic d'ulcère, il peut s'agir de duodénite hémorragique au cours de la lithiase (Chaufard) ou de simple gastrite congestive que Moynihan a décrit comme une lésion qui « pleure du sang ». La stase et l'hypersécrétion se voient dans la lithiase et dans la périviscérite (Enriquez). Seules, les radiographies en série, méthode de Cole introduite en France par Keller, peuvent donner des renseignements précis, *mais elles ne donnent pas toujours des résultats absolus*. Ces quelques mots pour insister sur la difficulté du diagnostic que nous n'avons pas à faire ici. « L'estomac est plein de sympathie pour les autres organes: beaucoup de viscères racontent en termes gastriques l'histoire de leur propre affection ». (Moynihan).

B. — Dangers du traitement médical prolongé

Cependant le traitement médical n'est pas exempt de dangers.

Il fait croire souvent à une guérison définitive, quand il ne s'agit réellement que d'une rémission des symptômes.

L'ulcère duodénal est caractérisé par l'intermittence des crises, et nombreux sont les malades qui se sont crus plusieurs fois guéris médicalement et qui doivent, en dernière ressource, subir une intervention curative. Le malade reprend sa vie ordinaire, son activité sociale, puis les troubles dyspeptiques reparaissent. Plus le malade avance en âge, plus les phénomènes s'accroissent, plus les périodes de répit sont courtes. Dans la règle, quelques mois plus tard les troubles reparaissent.

Or, si les troubles reparaissent, en dépit d'un premier traitement médical, il s'agit d'un ulcus chronique qu'il faut opérer (Victor Pauchet).

Le traitement médical n'empêche pas, dans une certaine mesure les risques de l'hémorragie et de la perforation. Moynihan prétend que le traitement médical de l'ulcère duodénal fait plus de victimes que le traitement chirurgical, surtout si l'on considère que seuls, viennent au chirurgien, les malades qui n'ont pu être améliorés par la médecine.

Si l'ulcère du duodénum ne se cancérisse pas, *il s'étend et peut gagner rapidement le pylore*. La cancérisation de l'ulcération secondaire du pylore est possible.

L'ulcus duodénal chronique entraîne, le plus souvent, sténose et périgastrite, contre lesquelles le médecin ne peut rien. Par sa plaie, toujours ouverte, l'ulcus peut devenir un foyer d'infection.

Enfin, il diminue considérablement l'activité sociale, le rendement professionnel de l'individu.

C. — Conclusions et technique du traitement médical

Le médecin et le chirurgien doivent être en collaboration étroite.

1° Le traitement doit être tout d'abord médical. Pendant 6 semaines au moins, le malade doit être traité médicalement.

2° La cure médicale s'applique, comme cure d'attente, chez les malades qui sont en mauvaises conditions pour subir l'opération. Dans les poussées de périgastrite avec fièvre, dans les états de crises douloureuses; le traitement médical permet le refroidissement des lésions.

Chez les malades qu'on ne peut opérer à cause de leurs lésions pulmonaires ou de leurs lésions rénales.

3° Chez les malades présentant des ulcérations étendues avec adhérences, augmentant les risques opératoires.

4° Dans les cas d'ulcères *qui saignent*, le traitement médical est de toute première importance.

5° Il y a de plus, de nombreux cas « favorables » où les moyens médicaux sont suffisants. Ce sont les ulcères simples non compliqués. L'ulcère duodénal est le plus médical des ulcères si le traitement est appliqué précocement.

Chez le sujet jeune, présentant une intégrité apparente de la silhouette gastrique, sans hypersécrétion marquée, sans stase importante, sans hémorragie grave et ayant les possibilités matérielles de se soigner, le traitement médical suivi donne des guérisons véritables. « L'ulcère

duodénal diagnostiqué précocement et traité dès le début médicalement, guérit souvent » (Thierry de Martel). D'après Codman, l'ulcère peut même guérir sans laisser de cicatrice visible.

A notre avis, il faut être moins interventionniste pour les lésions duodénales que pour les lésions gastriques. Seule la complication demande l'intervention. L'hémorragie importante ou qui se répète et la menace de perforation sont des raisons d'opérer. L'ulcère non compliqué du duodénum appartient à la thérapeutique médicale.

A son stade de début, l'ulcère duodénal n'est qu'une ulcération souvent minime. On ne peut avoir en faveur du diagnostic d'ulcère qu'une présomption forte, car la clinique est souvent en défaut, non seulement en raison de la complexité des rapports anatomiques de l'organe, mais, sans doute aussi, à cause de la tendance naturelle à la cicatrisation qu'ont les lésions ulcéreuses survenues en un milieu alcalin, en ce lieu de passage. Le traitement médical facilite et abrège grandement ce travail de cicatrisation.

6° Après l'opération, le malade devra lutter contre son hyperacidité. Le médecin garde tous ses droits dans la rééducation du malade, et dans le régime qu'il doit lui imposer. Le chirurgien a fait son œuvre, c'est au médecin de la compléter.

L'ulcère duodénal, comme l'ulcère gastrique, est l'échéance d'une véritable « maladie ulcéreuse ». Une fois la lésion traitée chirurgicalement, il ne faut pas abandonner le malade à lui-même. Il est nécessaire d'instituer un régime post-opératoire qui devra être maintenu, pendant de long mois, avant d'obtenir la guérison définitive de l'opéré.

Il comprendra un régime diététique, relativement large,

sans pain, ni sel, ni œufs. Un régime médicamenteux légèrement alcalin pour lutter contre l'acidité résiduelle.

Il nous faut insister, de plus, sur la nécessité qu'il y a d'alimenter le malade par des bouillies, ou aliments solides hachés, de manière à diminuer le plus possible la gustation, la salivation, la mastication entraînant une hyper-sécrétion gastrique par voie réflexe (expérience de Pawlow).

Après l'intervention, l'intestin a un nouveau rôle à remplir auquel il faut progressivement l'adapter en condamnant le malade, pendant quelques mois, à une hygiène alimentaire parfaite.

Dans les cas d'ulcères soignés uniquement par des moyens médicaux, la technique du traitement comprendra plusieurs régimes dont la sévérité dépendra de la gravité des symptômes.

Dans les crises douloureuses aiguës: diète absolue et repos au lit. Le malade sera soutenu par du sérum glucosé rectal en goutte à goutte et par le sérum artificiel sous-cutané. Le régime lacté le remplacera dès la cessation des douleurs. Sorti de sa crise, le malade pourra être mis à un régime à base de viandes dégraissées, légumes, poisson, fruits, pas d'alcool. Il y a deux points particuliers sur lesquels il nous faut insister: *le malade ne prendra ni pain, ni sel, ni œufs.*

Le pain n'est pas complètement digéré dans l'estomac et, imprégné d'un liquide acide, il lèse le duodénum. Il forme une éponge hyperacide qui irrite l'intestin ulcéré. Ne pas prendre de sel, car l'expérience a montré qu'à mesure que le chlorure urinaire baisse, l'acidité chlorhydrique baisse parallèlement c'est donc lutter contre la chlorhydrie que de diminuer le sel alimentaire.

Pour lutter contre l'acidité, employer le carbonate associé au sous-nitrate de bismuth.

Le mélange gélose-gélatine (Ramond); le noir animal; le kaolin. (1).

La magnésie, le bicarbonate de soude (2) conservent leurs indications respectives.

Ne pas oublier que ces malades sont souvent des hépatiques, d'où l'emploi des pilules de bile et des lavements purgatifs.

Si l'ulcère duodénal se présente avec des signes de sténose pylorique, la belladone, calmant le spasme, est indiquée. On pourra donner de la poudre de belladone ou bien de l'atropine en injections sous-cutanées (un demi-milligramme à un milligramme par jour, pendant des périodes de quinze jours coupées de périodes de repos).

De plus, dans le traitement médical de l'ulcère duodénal, Sippy conseille d'assurer le repos complet de l'estomac entre les repas: « le soir, retirer, au moyen du petit tube gastrique de Rehfuß, le résidu alimentaire et la sécrétion gastrique présente dans l'estomac ». De cette

(1) Le mélange suivant a donné de bons résultats :

Poudre de kaolin	60 gr.
Carbonate de Bi	20 —
Sous nitrate de Bi	5 —
Craie préparée	à 20 gr.
Magnésie calcinée	

2 cueillerées à café le matin à jeun dans un verre d'eau pendant au moins 1 mois.

(2) — SIPPY propose les paquets suivants que nous donnons à titre d'indications:

1° Magnésie lourde calcinée	à 0 gr. 50
Bicarbonate de soude	

2° Carbonate de calcium	0 gr. 50
Bicarbonate de soude	1 gr. 50

à prendre au cours de « repas fréquents ».

façon et pour toute la nuit, l'ulcère en évolution se trouve soustrait à l'action peptique des sécrétions gastriques.

En cas d'ulcère saignant, les lavements chauds (Mathieu) réveillent le réflexe de défense gastrique; sérum artificiel, tonicardiaques usuels, transfusion sanguine, lavages d'estomac (1). Emétine à raison de six centigrammes pro die. Dans les cas graves, discuter l'opération d'urgence.

Sippy, dans les cas d'hémorragies, conseille d'intensifier la médication alcaline. « Le reproduction de l'hémorragie dépend de la digestion du caillot qui s'est formé. Le but à atteindre est donc de placer les caillots à l'abri de l'action désintégrante du suc gastrique, pendant un temps suffisant pour permettre leur organisation ». (2).

Enfin, ainsi que nous le reverrons plus tard pour le traitement chirurgical, le traitement médical d'une affection du duodénum « ne doit jamais s'arrêter à la lésion même » Maurice Delort. Il doit atteindre la stase intestinale qui accompagne si fréquemment l'ulcère duodénal, que « sa constatation au cours d'un syndrome du carrefour mal déterminé, doit faire poser avec de grandes chances d'exactitude le diagnostic d'ulcère ». Il doit atteindre, de plus, la lésion hépatique si fréquente. Souvent le traitement de la lésion concomitante doit constituer l'acte principal du traitement médicamenteux.

(1) La solution au Nitrate d'Argent à 1 p. 400 nous a donné de bons résultats.

On peut ainsi employer la solution suivante:

Solution de Na CL à 7 p. 100.....	1.000 cm ³
Gélatine	50 gr.

(2) Il propose la préparation suivante à donner plusieurs fois par jour, en paquets :

Magnésie calcinée	3 gr. 50
Carbonate de Ca	1 gr. 50

Le traitement par l'opothérapie parathyroïdienne, (dans le but de redresser l'équilibre physico-chimique du milieu intérieur, et par là, de modifier les troubles sécrétoires trophiques et moteurs qui ont provoqué et entretenu l'ulcération) qui a donné des résultats appréciables dans les ulcères de la petite courbure, paraît être peu efficace pour les ulcères duodénaux. (Aron, *in thèse Montpellier*, inspirée par J. Baumel).

D. — Les indications opératoires de l'ulcère du duodénum

Cependant, nombreux sont les cas d'ulcères duodénaux qui relèvent de la thérapeutique chirurgicale. Si, suivant les cas, au bout d'un an ou deux, un traitement médical suivi n'a pas amené la guérison, il faut opérer (voir observation n° 5).

A ce point de vue se méfier des malades qui, sans s'en rendre compte, exagèrent ou déforment leur sensation pour subir l'opération, qu'ils désirent, sous une responsabilité médicale. Il faut souvent faire la part du psychisme et ne faire intervenir qu'en toute connaissance de cause.

De plus, le chirurgien devra intervenir d'emblée dans les cas suivants :

1° Lorsqu'un ulcère duodénal a saigné plus de deux jours de suite ;

2° Lorsqu'il a saigné deux fois ou plus ;

3° Lorsqu'à la radio le duodénum a nettement présenté, soit une déformation, soit une stricture, soit une niche, cette dernière pouvant faire craindre une perforation. Il faut intervenir lorsqu'à la radio, le duodénum a nettement présenté, soit à des examens rapides en série, soit par le blocage duodéno-jéjunal sous écran (manœuvre de

case), une image caractéristique. Le radio-diagnostic de l'ulcère duodénal est une question fort controversée.

L'image diverticulaire n'est pas rare, Akerlund, au contraire, pense que la niche est plus fréquente, mais elle est de petites dimensions. Dans 66 cas sur 106 cet auteur a réussi à découvrir l'ombre correspondant à la niche.

L'*encoche* est une déformation plus fréquemment observée: elle s'associe souvent à la niche, mais peut être le seul signe radiologique de l'ulcus. La déformation duodénale *en tuyau* peut être considérée comme caractéristique d'une lésion organique: Elle résulte d'une périduodénite, mais son origine ulcéreuse reste douteuse. En pratique, il faut tenir compte de toute déformation durable, dont la valeur dépend «non des dimensions, mais de sa constance» (Carman). Ainsi compris, le radiodiagnostic de l'ulcère duodénal donne des résultats nets et exacts dans 77 p. 100 des cas (de Quervain) dans 60 p. 100 des cas pour (Akerlund). Une lésion encore superficielle ne détermine aucune altération pariétale importante et ne se traduit par aucune image caractéristique.

4° Lorsque l'ulcère duodénal reste invisible radiologiquement on peut décider l'intervention sur un ensemble de faits précis: hypersécrétion, douleurs vives à horaires fixes, hyperacidité, hémorragies abondantes et répétées (voir observation n° 2).

L'hypersécrétion, souvent très accusée, est un signe de grande valeur chez un malade présentant un syndrome clinique caractérisé. L'horaire tardif de la douleur «Hunger Pain» est particulièrement important; plus la douleur est tardive, plus sa valeur est grande pour le diagnostic du siège duodénal de l'ulcus. Elle est parfois si vive que le malade réclame de lui-même l'intervention.

L'hyperacidité et les hémorragies ne constituent pas

séparément un signe certain d'ulcus, mais leur réunion, chez un malade, permet une forte présomption en faveur d'une lésion ulcéreuse.

Le syndrome duodénal, de plus, comporte, dans l'immense majorité des cas, de la stase iléale et cœcale. Il est donc nécessaire d'étudier par des examens répétés sous écran (5, 9, 24, 30 heures après ingestion du repas opaque) le transit total et segmentaire du tube digestif.

L'ensemble de ces signes constitue un syndrome ulcéreux juxta-pylorique mais ne permet nullement de localiser exactement la lésion. Son siège duodénal est néanmoins « statistiquement probable » les sténoses sous-pyloriques étant plus fréquentes que les sus-pyloriques.

5° Lorsque l'ulcère duodénal est accompagné d'une forte hyperacidité. Nous verrons en discutant le traitement chirurgical l'importance capitale de cette notion.

6° Lorsque l'ulcère est envahissant et s'accompagne d'un syndrome pylorique net.

Nous voyons donc que parmi les ulcères duodénaux, les cas réclamant une thérapeutique chirurgicale sont nombreux. *Ce sont, d'une part, les ulcères anciens, d'autre part, les ulcères récents menacés d'une complication grave.*

CHAPITRE V

Pathogénie de l'ulcère duodénal. Ses rapports avec la cholécystite. L'appendicite. - La stase intestinale. Déductions opératoires.

Avant d'entreprendre l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum, il nous faut étudier quelques points spéciaux de sa pathogénie, étant donné les déductions chirurgicales importantes qui en découlent.

Au début de cette étude, nous avons rappelé que l'ulcère duodénal évolutif était dû à une auto-digestion par action dissolvante de la pepsine, et nous avons insisté sur la fréquence de l'hyperchlorhydrie chez ces malades. L'origine de cette ulcération est discutée. On a successivement invoqué des causes chimiques, vasculaires, microbiennes, nerveuses, trophiques, qui, toutes, contiennent une part de vérité. D'autre part, si l'on fouille dans le passé des malades atteints d'ulcères gastriques ou duodénaux, on trouve parfois la coïncidence d'une lithiase, d'une appendicite ou d'une entérite. Il semble donc que certaines maladies intes-

finales aient un rôle non négligeable dans la genèse de l'ulcère. Dieulafoy, Moynihan, Mathieu ont étudié l'ulcère duodénal consécutif à une appendicite (1). La voie empruntée par le « poison ou le microbe » paraît être la voie sanguine. Gandy, dans sa thèse, admet l'élimination de certains microbes et de certaines toxines par le tube digestif, principalement le duodénum et le cœcum. Lœper provoquant chez le lapin un étranglement intestinal a pu constater, au quatrième jour, une inflammation duodéno-jéjunale. Il est d'autre cas où la contamination peut être plus directe et résulter de l'action de la bile septique sur la muqueuse intestinale.

Depuis Widal, Abrami, Brulé, on ne discute plus, en effet, l'élimination par la bile des microbes de la circulation sanguine. Lœper et Esmonet ont injecté dans l'intestin ligaturé d'un chien, une culture très septique de selles d'entéritiques et deux jours après ils ont retrouvé ce même microbe dans la vésicule, et ils ont observé des lésions très nettes de duodénite. Parfois l'origine de l'infection est encore plus lointaine, elle a un point de départ dentaire, pyorrhée alvéolaire, infection hématogène à point de départ pulpaire sur laquelle a insisté Rosenow. Pauchet a signalé la relation certaine qu'il y avait, dans bien des cas, entre les coudures de l'intestin et particulièrement la coudure iléale de Lane, l'appendicite chronique, la cholécystite, et l'ulcère duodénal. La stase occasionnée par la coudure du duodénum, et par la mauvaise tonicité de cette portion éti-

(1) BASSET analysant un travail de HERTZ a apporté 10 observations de périoduodénites sur lesquelles 7 furent consécutives à une appendicite aiguë.

En cas de duodénite ou de périoduodénite il faut toujours songer à l'appendicite comme origine.

(*Société de chirurgie*, séance du 25 novembre 1925).

rée, peut être l'origine d'un ulcère. Le chyme, en effet, ne pouvant repasser dans l'estomac, à cause du spasme pylorique, si fréquent dans ces cas, tend à séjourner dans la première portion du duodénum et provoque une irritation chronique. *Ces notions ont leurs sanctions chirurgicales.*

1° Au cours d'intervention pour ulcère duodénal, il faut toujours penser à examiner la vésicule et l'appendice, et

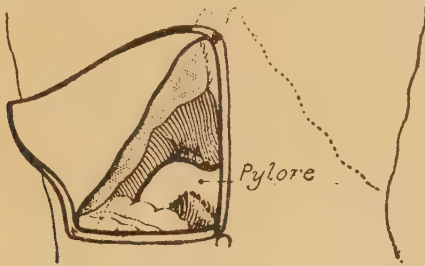


FIG. 1. — Incision en équerre droite pour résection duodénale.
Finney — Cholécystectomie

rechercher les causes d'une stase intestinale chronique. Si l'on trouve des lésions de l'appendice, de la vésicule, il faut en pratiquer l'ablation. A l'Hôpital Saint-Michel, nous avons rencontré de tels cas. Nous n'en avons pas recueilli systématiquement les observations et nous ne pourrions, à ce sujet, que citer les 30 premiers ulcères duodénaux que nous avons examinés au début de notre présence dans le service. Sur ces 30 ulcères duodénaux il a été trouvé 2 fois des lésions insoupçonnées de cholécystite. Et notre maître Victor Pauchet a jugé la cholécystectomie nécessaire dans l'un de ces deux cas (voir observation n° 1).

2° Pour avoir un jour suffisant, l'incision médiane suffit dans la moitié des cas: mais en cas de forte musculature ou d'adhérences, la meilleure incision est l'incision

en L renversée, dont la branche verticale est xiphéo-ombilicale et dont la branche horizontale part de l'ombilie jusqu'au flanc droit (fig. 1).

3° Contre la stase intestinale chronique, la simple résection de l'appendice suffit souvent, la section de la membrane de Jackson ou de la bride iléale de Lane, est parfois indiquée car elle supprime le coude hépatique du colon, et la coudure idéale. Si le cœcum est distendu, pratiquer la cœcopicature (Pauchet).

4° Si au cours d'une laparotomie exploratrice pour ulcère duodénal possible on ne trouve aucune lésion de cet organe, examiner la vésicule et l'appendice. Si cet examen est de nouveau négatif, il faut refermer sans rien faire. La plus grave des erreurs que le chirurgien puisse commettre est de faire, sans lésion, une gastro-entérostomie, qui risquera de provoquer un ulcère jéjunal. Une gastro-entérostomie, sans lésion gastro-duodénale, crée une maladie de plus: l'opérateur transforme un sujet au tube digestif presque normal en un malade grave.

5° Sans ulcus, il ne faut pas pratiquer la gastro-entérostomie sous l'excuse que le transit gastro-duodénal se fait mal, que le malade vide mal son estomac et que la mise au repos va le calmer. Erreur grave. Dans ce cas, et seulement sur la notion d'un spasme très accusé du pylore, la seule intervention que l'on puisse se permettre de pratiquer est la pyloroplastie (voir observation n° 11).

6° Si le malade souffre, il est parfois indiqué de faire l'énervation de l'estomac, suivant la technique de Latarjet. Cette intervention donne sur 3 cas un résultat parfait, un résultat suffisant et un résultat nul (Pauchet). Etant donné ces résultats aléatoires, c'est une intervention d'exception.

Au cours des interventions gastriques ou duodénales, « le dentiste doit passer avant le chirurgien » (Pauchet). On contribue ainsi à mettre l'opéré à l'abri des récidives possibles.

CHAPITRE VI

Anatomie pathologique du duodénum ulcéreux

Les comptes-rendus opératoires, souvent succincts et incomplets, permettent rarement de se faire une représentation exacte de l'importance des lésions auxquelles le chirurgien eût à faire face.

L'anatomie pathologique du duodénum ulcéreux n'a fait, à notre connaissance, l'objet d'aucun travail d'ensemble. Son intérêt pratique est de constituer un guide dans le choix du traitement approprié pour chaque cas particulier. De permettre d'envisager la possibilité d'une résection, en tenant compte du remaniement que subissent les rapports normaux des organes de la région atteinte, par le développement de l'ulcus et des lésions qui l'accompagnent.

Les lésions, sans particularité, sont les mêmes que celles de l'ulcère gastrique. L'ulcus peut être simple, calleux, pénétrant, s'accompagner d'infiltration de la paroi, d'adhérences et de rétractions : lésions banales que l'on

rencontre au cours de l'évolution du processus ulcéreux. Leur intérêt est dans les connexions pathologiques qu'elles contractent souvent avec les organes importants de la région.

C'est un ulcère le plus souvent petit: les ulcères géants sont des raretés. Son siège habituel est la première portion: les autres localisations sont rares. Son siège commun est la face antérieure; ensuite en décroissant: face postérieure, bord inférieur, bord supérieur.

Ulcère de la face antérieure. — L'ulcère simple ne présente aucune particularité intéressante à noter, il apparaît sous la forme d'une tache gris-blanchâtre, rougeâtre lorsqu'il est enflammé, sensiblement en retrait de la paroi duodénale. De cette tache partent souvent en divergeant des stries de sclérose donnant à l'ensemble un aspect étoilé.

L'ulcère calleux donne, à la palpation, la sensation d'induration massive de la région ulcéreuse. Il est composé d'un cratère ulcéreux à base infiltrée, entouré d'une zone circulaire calleuse et indurée, d'étendue variable, généralement limitée. Des adhérences péritonéales l'unissent souvent aux organes voisins; brides qui n'entraînent pas de difficultés opératoires. Plus rarement les adhérences son étendues et entraînent l'union de la région ulcéreuse à un organe voisin: avec le fond de la vésicule biliaire, à la face inférieure du foie, au colon transverse. La callosité adhérente envahit ensuite l'organe intéressé. L'extériorisation de l'ulcère est ainsi préparée.

A un stade plus avancé, il se perfore dans l'organe. La pénétration, la plus fréquente, a lieu dans le foie ou le fond de la vésicule, plus rarement au colon transverse. S'il s'agit d'un organe creux il peut se former une fistule.

Les ulcères de la face antérieure peuvent s'accompa-

gner de rétraction de la paroi duodénale. Cette rétraction est souvent d'origine péritonéale et créée par des brides qui, partant de l'ulcère, se terminent sur des parties de la face antérieure plus ou moins éloignées et plissent ainsi la paroi duodénale. Après la section de celle-ci, on assiste au déplissement du duodénum dont la longueur peut s'accroître dans des proportions étonnantes. Plus rarement la rétraction est d'origine cicatricielle et due à la sclérose de la paroi duodénale; on la rencontre dans les vieux ulcères ayant eu une longue évolution clinique. Elle est particulièrement marquée dans les ulcères antérieurement perforés et suturés. La paroi duodénale antérieure semble alors placée à l'endroit de la cicatrice et est, dans son ensemble, très raccourcie. Les adhérences péritonéales contribuent du reste, dans une large mesure, à accentuer cet aspect.

Ulcère de la face postérieure. — Ils occupent, par ordre de fréquence, le deuxième rang. Au point de vue chirurgical, ils sont les plus importants du fait des rapports qu'ils présentent avec le pancréas et les organes du pédicule hépatique et en particulier le cholédoque.

Rarement simples, quelquefois difficiles à sentir au palper à travers la paroi duodénale antérieure. Le plus souvent l'ulcère est calleux ou térébrant et adhère au pancréas et c'est ce trait qui le caractérise.

La callosité de l'ulcère est variable dans son étendue. Souvent limitée au pourtour de l'ulcère, elle peut parfois s'étendre sur toute la face postérieure ou même déborder sur la face antérieure. Elle est toujours unie solidement au pancréas et ceci s'explique par les rapports intimes entre les deux organes. L'inflammation qui accompagne la poussée ulcéreuse ne se cantonne pas uniquement à la paroi duodénale mais elle se propage, en regard de l'ulcère, à la capsule pancréatique qui s'épaissit, et la partie

superficielle de la glande, dont les lobules superficiels se trouvent englobés et détruits par les través de sclérose qui l'envahissent. La callosité confond en un bloc, région ulcéreuse et région pancréatique sous-jacente. Tout plan de clivage entre les deux organes a disparu, ce qui en rend la séparation très laborieuse. Au niveau de la callosité, la paroi duodénale devient dure et friable, se déchirant facilement. Dans les cas extrêmes, la callosité repose sur un noyau de sclérose pancréatique volumineux et l'ensemble de la lésion prend un aspect tumoral.

La pénétration de l'ulcère acquiert au niveau de la face postérieure son maximum de fréquence. Elle constitue le stade ultime du processus précédemment décrit. Les bords de l'ulcère sont fusionnés à la capsule pancréatique épaisse. Son fond repose sur un bloc de sclérose qui s'est développé dans le pancréas en se substituant au parenchyme. Ainsi l'ulcère n'est en aucun moment en contact avec le tissu glandulaire, ce qui explique le fait que la base ulcéreuse abandonnée, après la résection, ne sécrète pas.

La pénétration peut présenter, suivant son siège, des rapports particuliers.

Lorsque l'ulcère térébrant se trouve situé devant l'artère gastro-duodénale il peut provoquer des hémorragies graves, souvent mortelles, par corrosion de la paroi artérielle.

Dans d'autres cas, il peut siéger devant le cholédoque dont il n'est séparé que par la mince lame de tissu pancréatique qui forme le versant droit du tubercule épiploïque, connu sous le nom de tubercule cholédocien. Cette lame peut même faire défaut dans la partie supérieure et ainsi le cholédoque se trouve en rapport direct avec l'ulcère. Il est souvent englobé, après quelques poussées, dans sa callosité ulcéreuse. Ce fait rend la séparation chirurgicale difficile, voire même impossible, sans dan-

ger d'ouverture du cholédoque. Plus rarement l'ulcère se perfore dans le cholédoque et crée ainsi une fistule duodéno-cholédocienne spontanée. Le diagnostic de cette lésion a été parfois fait par la radiographie, la fistule étant mise en évidence grâce à l'injection des voies biliaires par la baryte ingérée, Butureau, Barth et Gatoski, en ont publié une observation. Cette lésion peut-être une découverte opératoire. Après le décollement du duodénum on se trouve en présence de deux orifices, cholédocien et dudodénal.

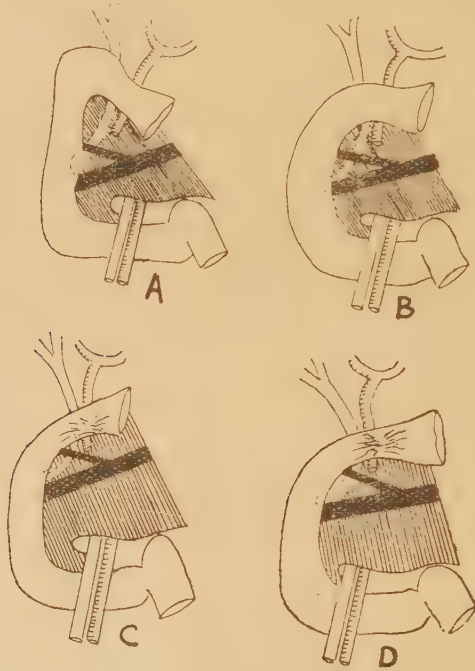


FIG. 2. — A. Duodénium angulaire; B. Dudoénium annulaire; C. et D. Duodénium modifié par la rétraction. La première portoin est raccourcie, les canaux biliopancreatiques sont à proximité de l'ulcère.

Les ulcères de la face postérieure donnent souvent lieu à la rétraction de la paroi duodénale. La rétraction représente les dernières phases du processus cicatriciel des tis-

sus enflammés et infiltrés. Elle a pour résultat de rapprocher de l'ulcère des organes primitivement assez éloignés et en particulier le canal de Santorini, l'ampoule de Vater (Fig. 2). Dans certains cas, elle intéresse uniformément tout le premier duodénum et elle s'étend même sur la deuxième portion. Le duodénum s'en trouve considérablement modifié : épaissi, scléreux, raccourci et abaissé en masse, modifié dans sa direction. La démarcation entre les deux portions disparaît. La distance entre le pylore et l'ampoule de Vater se trouve réduite parfois à moins de 4 centimètres. Dans les cas extrêmes la première portion du duodénum semble avoir disparu et au pylore succède immédiatement la deuxième portion.

Cette rétraction est de grande importance dans le traitement chirurgical, son degré et son étendue doivent être minutieusement examinés.

Les ulcères des bords.— Ce sont les plus rares. Ils empiètent le plus souvent sur une face : sur la face antérieure pour ceux du bord supérieur, sur la face postérieure pour ceux du bord inférieur. Plus rarement ils s'étendent sur les deux faces.

Ils peuvent donc présenter toutes les difficultés opératoires particulières à la localisation sur chaque face.

Les ulcères du bord supérieur présentent peu de caractères propres. Lorsqu'ils sont térébrants, ils s'extériorisent dans la face inférieure du foie ou dans le petit épiploon qui s'épaissit considérablement et confère alors à la lésion un aspect tumoral. Plus intéressant est son siège sur l'extrémité droite de ce bord, devant le pédicule hépatique et plus particulièrement devant le cholédoque, auquel ils peuvent adhérer. Lorsque ces ulcères sont calleux, ils infiltreront tout le pied du ligament hépato-duodéal dont les organes se trouvent englobés dans la callosité. Souvent,

l'infiltration s'étend jusqu'au hile du foie. L'ulcère entre alors en rapport avec le col de la vésicule, le canal cystique, les canaux hépatiques même et il crée d'importantes difficultés chirurgicales.

Les ulcères du bord inférieur sont plus fréquents que ceux du bord supérieur. Ils s'extériorisent presque toujours dans le pancréas et partagent l'évolution des ulcères de cette face, à laquelle ils doivent être rattachés. Dans certains cas, ils débordent sur les deux faces et peuvent adhérer ou s'extérioriser, à deux organes : pancréas et vésicule, ou pancréas et colon transverse. Leur localisation à droite près de l'angle est suivi souvent de rétraction importante qui entraîne un raccourcissement considérable du bord inférieur et fait disparaître l'angle duodénal. L'ulcère dans ce cas se trouve proche de la région des caroncules.

Ulcères multiples.— Les ulcères du duodénum peuvent être doubles, plus rarement multiples. Ils peuvent siéger sur la même face, ou sur une face et un bord. Ils sont souvent situés l'un en face de l'autre et ils sont connus sous le nom d'ulcères face à face.

Au point de vue chirurgical, les ulcères doubles tirent leur intérêt de leur relative fréquence, et des difficultés qu'ils entraînent par le fait qu'ils occupent les deux faces du duodénum et altèrent la paroi duodénale sur une grande étendue.

L'ulcère du duodénum peut coexister avec un ulcère du pylore ou de la petite courbure.

Ulcères géants.— Formes rares mais particulièrement graves. Occupant la face antérieure ou postérieure qu'ils intéressent dans toute leur étendue. La rétraction et l'infiltration du duodénum sont très étendues. Souvent le petit épiploon est considérablement épaissi, le pancréas sous-

jacent est le siège d'une sclérose étendue représentée par un gros noyau formé de tissu fibreux. Des adhérences fixent dans un bloc, le duodénum, le pédicule hépatique, le pancréas et plus rarement la face inférieure du foie. L'ulcère ressemble dans ce cas, à une lésion néoplasique. Toute tentative de mobilisation s'avère impossible ou très dangereuse. La gravité de pareilles lésions, se rencontrent uniquement dans les vieux ulcères ayant une longue histoire clinique et une évolution particulièrement sévère.

Ulcères de la 2^e et 3^e portion. — Ces ulcères sont très rares. Ils siègent, en général, dans la partie sus-vatérienne, plus rarement au-dessus de l'ampoule de Vater, et ils sont en rapports étroits avec la grande et la petite caroncule. Souvent il s'agit d'ulcères de l'angle ou de la première portion fixe qui, par suite de la rétraction, semblent être beaucoup plus profonds et sont considérés comme siégeant sur la deuxième portion. L'intérêt chirurgical des ulcères de la 2^e portion est très limité car ils relèvent, le plus souvent, par suite de leurs rapports avec les canaux pancréatico-biliaires, des opérations palliatives.

L'ulcère, quel que soit son siège, peut être suivi de sclérose ou accompagné de lésions diverticulaires.

Parmi les lésions associées, une place à part doit être faite à la duodénite qui coexiste fréquemment avec l'ulcère et dont les rapports pathogéniques avec celui-ci sont discutés. Macroscopiquement, cette lésion se traduit par l'aspect inflammatoire du duodénum: paroi congestionnée, épaissie et moins souple que normalement. La séreuse duodénale est dépolie, recouverte d'adhérences péritonéales qui l'unissent aux organes voisins. Il existe souvent une adénopathie du groupe ganglionnaire sous-pylorique. Cet aspect est particulièrement net quand l'intervention est pratiquée au moment d'une poussée.

CHAPITRE VII

La gastro-entérostomie comme traitement de l'ulcère du duodénum

L'ulcère duodénal est, comme nous l'avons vu, une maladie très souvent chirurgicale. — Quelles sont les techniques à employer et quelles sont les indications des principales interventions, que l'on peut pratiquer dans la cure chirurgicale de cette lésion? C'est ce que nous allons maintenant étudier.

La méthode d'anesthésie est de toute première importance. Nous employions à l'Hôpital Saint-Michel, l'anesthésie régionale. Anesthésie des nerfs splanchniques, par voie postérieure, combinée à l'infiltration de la paroi. L'anesthésique est la néocaïne de Corbière, que nous avons retenu, après expérimentation, comme donnant les meilleurs résultats.

Dans le service des milliers d'anesthésies régionales de tous ordres, furent pratiquées, à l'aide de la néocaïne,

sans jamais d'incident. La quantité de néocaïne nécessaire pour l'anesthésie des splanchniques et de la paroi est de 1 gr. dans 100 cm³ de sérum physiologique. Il nous est arrivé d'utiliser 1 gr. 50 de néocaïne dans 150 cm³ de sérum, lorsque nous étions en présence d'une paroi volumineuse. Dans cette solution, nous ajoutions, au moment de l'emploi, x — xv — xx gouttes d'adrénaline cristallisée au millième. Nous devons ajouter qu'une heure avant cette anesthésie, le malade avait eu une injection de scopolamine-morphine et que rendu ainsi somnolent, confiant et euphorique, il s'approchait avec le minimum d'appréhension de la salle d'opérations.

Cette anesthésie, employée pour toutes les interventions gastriques, donne 8 fois sur 10 une anesthésie parfaite, une fois, une anesthésie suffisante nécessitant néanmoins, au cours de l'intervention, quelques bouffées de kélène ou de protoxyde d'azote; une fois sur dix elle est insuffisante, surtout chez les sujets pusillanimes.

Elle a le grand avantage de diminuer les dangers des complications pulmonaires succédant aux anesthésies générales. Supprimant les nausées et les vomissements du réveil, elle laisse au repos les sutures. Les suites opératoires sont donc considérablement améliorées.

Les soins préopératoires ont leur importance. Evacuer le gros intestin. — « Ne pas opérer un malade tant que le mélange opaque introduit par le radiologue, n'est pas complètement éliminé ». (Pauchet). Lavage de l'estomac pour habituer le malade, car l'introduction post-opératoire du tube de Faucher est nécessaire dans deux tiers des cas (vomissements, nausées). Faire boire le malade s'il n'a pas de sténose.

Pratiquer une transfusion sanguine, après groupement du donneur et du receveur, si le malade est affaibli, et si le malade a saigné. Dosage de l'urée sanguine. Recherche du sucre dans les urines.

La gastro-entérostomie. - Traitement classique

Cette opération a été imaginée et exécutée en 1881 par Wollfer. Pratiquée par Mikulicz, en 1886, pour la première fois, avec succès, dans une sténose pylorique. Elle fut ensuite adoptée par tous les chirurgiens qui en firent le traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. Elle fut même pratiquée dans la gastrite généralisée.

En 1905, Montprofit n'hésitait pas à dire que les « affections de l'estomac sont toujours justiciables d'un traitement chirurgical, par la gastro-entérostomie ». Le I^{er} Congrès International de Bruxelles (1905) et le 18^e Congrès Français de Chirurgie, consacrent la gastro-entérostomie. En 1910, la gastro-entérostomie était considérée comme ayant des indications constantes dans le traitement de l'ulcère duodénal. On considérait non seulement la bénignité de l'intervention (1 % de mortalité) mais aussi l'action de l'anastomose sur l'évacuation de l'estomac et la sécrétion gastrique. On avait constaté que la bouche anastomotique avait pour résultat de diminuer la sécrétion gastrique.

Enfin, l'estomac se drainant par la bouche anastomotique, le repos du duodénum ulcéreux était réalisé.

En ce qui concerne l'ulcère du duodénum, la gastro-entérostomie reste, pendant longtemps, pour beaucoup de chirurgiens, la méthode idéale: thèse de Houdard inspirée par Hartmann, 1913), Kocher 1921, thèse de Larget inspirée par Gossset (1925).

Cependant, l'expérience démontre que la gastro-entérostomie ne donne pas toujours les résultats escomptés. En France depuis 1920, Pauchet l'abandonne pratiquement pour le traitement direct de l'ulcère duodénal. Il en est de même en Allemagne et en Autriche sous l'impulsion de Haberer, de Finsterer, von Eiselsberg. En 1925, nous avons présenté, à la Société des Chirurgiens de Paris, un travail inspiré par notre maître Pauchet, sur le traitement de l'ulcère duodénal par les méthodes directes et en particulier la gastrectomie large. Le rapport d'Okinczye et de Delbre au Congrès de Chirurgie de 1929, discrédite la gastro-entérostomie.

Discussion sur la gastro-entérostomie.— Hartmann et Soupault entreprirent, en 1899, l'étude de la physiologie de la gastro-entérostomie. Lorsque l'estomac est hypertonique, l'anastomose améliore l'éréthisme gastrique d'une façon très variable. Pour les estomacs atoniques, on peut constater, après l'opération, une diminution notable de l'estomac, sans que cependant cet organe revienne à ses dimensions normales. La déformation de l'estomac devient permanente lorsque la sténose s'est constituée lentement.

La bouche draine-t-elle complètement l'estomac et quelle est la voie d'évacuation du chyme ?

Tuffier, en 1907, montre avec l'aide de la radiographie, que l'anastomose avec pylore libre ne fonctionne pas. Papadopoulos, en 1910, constate chez dix anciens opérés, avec pylore libre, l'oblitération de la bouche. En réalité, en cas de pylore seulement perméable, l'évacuation simultanée par le pylore et par la bouche anastomotique paraît le plus fréquent; le passage du chyme, par l'anastomose, est néanmoins plus actif si la gastro-entérostomie est

placée sur la portion pylorique de l'estomac, zone où le péristaltisme est le plus efficace.

L'hypersécrétion diminue souvent après la gastro-entérostomie; mais en cas d'ulcus récent l'hyperacidité persiste (Hartmann).

Il semble que dans ce cas, la muqueuse contienne des glandes anatomiquement et fonctionnellement hypertrophiées, qui sont responsables de la persistance de l'hypersécrétion. De plus, il faut savoir qu'après la gastro-entérostomie on peut relever des poussées hyperchlorhydriques considérables, mais fugaces, Kümmer signale, en 1918, que dans 37 p. 100 des cas, l'acidité est égale ou augmentée par rapport à ce qu'elle était avant l'intervention. Moppert signale que l'acidité totale baisse, mais que l'HCl libre ne baisse qu'en partie seulement et reste élevée après la gastro-entérostomie. Il signale une hyperchlorhydrie persistante dans 50 p. 100 des cas. Le spasme du pylore persiste souvent quoiqu'atténué après l'anastomose.

La gastro-entérostomie, de plus, amène quelquefois une perturbation profonde dans les sécrétions glandulaires; l'hyposécrétion biliaire n'est pas rare. Lenoir a signalé de la glycosurie alimentaire chez des gastro-entérostomisés, par diminution très nette des pouvoirs amylolytique, triptyque et stéapsique du suc pancréatique.

La gastro-entérostomie seule, ne lutte donc pas toujours efficacement contre l'hypersécrétion acide et contre le spasme. Elle draine imparfaitement l'estomac et ne peut réaliser, à elle seule, le repos d'un duodénum ulcéré.

Les dangers de la gastro-entérostomie sont de plus à considérer. L'anastomose n'empêche pas les hémorragies. « L'hémorragie peut-être précoce, ou apparaîtra quelques semaines, quelques mois, quelques années après la gastro-

entérostomie ». (Moynihan). Les hémorragies précoces ou tardives témoignent de la persistance et de l'évolution de l'ulcère. Elles proviennent souvent du réveil de l'ulcère duodénal ancien. D'après Balfour, parmi les ulcères hémorragiques, 12,7 p. 100 continuèrent à saigner malgré la gastro-entérostomie et dans deux de ces cas cette complication fut mortelle.

Larget, dans sa thèse, rapporte un cas d'hémorragie mortelle survenue le jour même de l'intervention. Pouchet a perdu trois malades d'hémorragies, quelques semaines après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal. Des gastro-entérostomisés ont continué à présenter des hémorragies. De Querein a publié trois morts par hémorragie. Eggleton constate également, sur 47 ulcères gastro-entérostomisés, la persistance de l'hémorragie dans 12 p. 100 des cas. Finsterer a publié quelques cas qui sont morts d'hémorragies malgré la gastro-entérostomie. Petermann, sur 220 gastro-entérostomies, a observé 7 hémorragies survenues dans les premiers jours après l'opération, avec 3 morts.

La gastro-entérostomie ne guérit pas toujours l'ulcère. Elle n'influencerait pas l'ulcus duodénal en activité (Denéchau). Ainsi, bien souvent, l'ulcère laissé en place continue à évoluer, ainsi que le prouvent les explorations radiologiques et la persistance des poussées douloureuses périodiques, qui rendent souvent une nouvelle intervention indispensable.

Si la cancérisation de l'ulcère duodénal est très rare et fut un argument en faveur de son traitement par la gastro-entérostomie, l'ulcère continuant à évoluer peut gagner le pylore, et alors sa transformation néoplasique secondaire n'est plus une rareté. Il existe nombre de cas, prouvés par la résection ultérieure, dans lesquels le cancer s'est développé sur l'ulcus, malgré une gastro-enté-

rostomie faite auparavant (Moynihan). Sherren en rapporte plusieurs exemples.

La perforation de l'ulcère en activité, ainsi que cela se constate pendant la convalescence post-opératoire, est loin d'être exceptionnelle. L'enquête menée par Larrieu, en 1921, et qui porte sur 10.500 cas de gastro-entérostomie pour ulcère, signale 81 perforations. La perforation survient, en général, peu de temps après l'intervention, mais dans d'autres cas, on l'a vu survenir plusieurs années après celle-ci. Pauchet a observé trois perforations duodénales survenues 8 et 15 jours après la gastro-entérostomie.

Enfin, la gastro-entérostomie n'empêche pas la formation de nouveaux ulcères, qui peuvent apparaître après l'opération; par exemple, un ulcère de la petite courbure survenant après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal.

Complications dues à la gastro-entérostomie. - L'opération elle-même expose, par ailleurs, à des complications :

1° A des troubles liés au mauvais fonctionnement de la bouche qui occupent une place importante dans le chapitre des « gastro-entérostomies douloureuses » ;

2° A l'ulcère peptique qui est la complication la plus décourageante de la gastro-entérostomie.

Le *circulus viciosus* est aujourd'hui exceptionnel. De même l'occlusion intestinale par invagination du grêle à travers la brèche mésocolique.

La gastro-jéjunite secondaire est beaucoup plus fréquente et elle a fait l'objet de nombreux travaux. Elle peut se manifester chez des sujets ayant déjà présenté des symptômes de gastrite, ou bien être primitive, apparaissant après la gastro-entérostomie, réalisant la « gas-

tro-jéjunité des opérés » (Gutmann). Cette complication n'est pas seulement intéressante à cause des troubles qu'elle occasionne mais aussi parce qu'elle joue un rôle important dans la genèse du rétrécissement de la bouche et de l'ulcère peptique.

Le rétrécissement non ulcéreux de la bouche apparaît, aux yeux de nombreux auteurs, comme une complication de la gastro-jéjunité. Ses conséquences : si le pylore est perméable, la sténose place le malade dans les mêmes conditions qu'avant l'intervention et l'on assiste, en général, à une reviviscence de l'ulcère primitif. Si le pylore est rétréci, on est en présence d'un syndrome de sténose, avec douleurs tardives et vomissements de stase. Il existe d'ailleurs tous les intermédiaires entre les sténoses organiques définitives et les poussées de sténose transitoire, survenant à la faveur de poussées inflammatoires qui peuvent céder au traitement médical.

Une forme particulière de sténose de la bouche est celle qui réalise l'invagination, dans la cavité gastrique, à travers la bouche, de l'anastomose. Gutmann, Ledoux, Baldwin en ont rapporté des cas.

De ces différents troubles, il faut encore rapprocher la périgastrite généralisée, créant un syndrome de périviscérité ou localisée et alors souvent associée à une gastrite œdémateuse, siégeant autour de la bouche (périgastrite laminaire de Gutmann).

Toutes ces complications peuvent entraîner des troubles suffisamment graves pour rendre obligatoire une nouvelle intervention.

L'ulcère peptique. — A côté de ces complications, l'ulcère jéjunal secondaire tranche par sa gravité. Sa fréquence est diverse selon les auteurs. L'unanimité est faite sur sa plus grande fréquence dans le sexe masculin.

Les statistiques de Pauchet indiquent :

Chez l'homme, 7 p. 100 des gastro-entérostomies.

Chez la femme, 3 p. 100.

L'accord est encore unanime sur la plus grande fréquence de l'ulcère peptique lorsque la gastro-entérostomie est pratiquée pour ulcère duodénal. Ainsi Balfour note dans les antécédents des malades ayant été opérés pour ulcère peptique, 130 ulcères duodénaux contre 9 ulcères gastriques, c'est-à-dire une proportion de 15 à 1 (d'après le même auteur, le rapport général des ulcères duodénaux aux ulcères gastriques est de 7 à 1).

Cet ulcus peptique se caractérise par la ténacité des troubles observés. Il reconnaît pour cause, un foyer d'infection éloigné, un matériel de suture non résorbable, mais ne se développe qu'à la faveur d'une forte *hyperchlorhydrie*. Cette notion est de toute première importance car « l'on peut éviter l'ulcus secondaire du jéjunum si l'on prend soin de ne pas faire une gastro-entérostomie simple chaque fois qu'il y aura hyperchlorhydrie » (Pauchet). La bouche anastomotique récente présente une surface ulcérée pendant quinze jours environ, qui sera facilement attaquée en cas d'hypersécrétion acide.

Résultats de la gastro-entérostomie dans l'ulcère duodénal. — Les résultats de la gastro-entérostomie varient considérablement suivant les auteurs. On retrouve là les mêmes divergences que celles que nous avons signalées à propos de la fréquence de l'ulcère peptique. Balfour dans une statistique portant sur 1.000 gastro-entérostomies obtient 88 p. 100 de guérison avec une mortalité infime. Pour Moynihan la gastro-entérostomie guérit l'ulcère duodénal 9 fois sur 10. Cependant cet auteur, de même que Balfour, reconnaît qu'il faut combiner à cette

opération une action directe sur l'ulcère. Dans d'autres statistiques américaines les résultats sont beaucoup moins bons. Gasewood sur 163 cas a 68 pour 100 de guérison, 14 pour 100 d'améliorations, 11 pour 100 d'échecs, avec une mortalité tardive en rapport avec l'évolution de l'ulcère de 3,5 pour 100. Aussi, il est juste de faire certaines réserves. Smithies, autrefois gastro-entérologiste à la clinique Mayo, trouve sur 273 gastro-entérostomisés, revus quelques années après l'opération, que la guérison ne se maintenait que dans la moitié des cas.

Les statistiques allemandes sont moins bonnes. Haberer et Finsterer croient que les résultats bons et moyens ne dépassent pas 60 pour 100. Dans des statistiques récentes Kirschener trouve 58 pour 100 de guérisons, 14 pour 100 d'améliorations, 28 pour 100 d'échecs; Frieberg sur 65 malades revus, note 57 guérisons, 6 médiocres, 2 ulcères peptiques.

En France, la statistique d'Hartmann rapportée par Okinczyc, donne sur 100 malades retrouvés 46,53 de guérisons complètes. Pour Delore, le chiffre global de bons résultats ne dépasse pas 73,9 pour 100. Duval obtient également 68 pour 100 de guérisons. Pour notre maître Pauchet l'anastomose gastro-jéjunale donne 70 pour 100 de guérisons éloignées, elle donne 30 pour 100 d'échecs. « L'opérateur qui se contente de faire des gastro-entérostomies pour les ulcères du duodénum, risque un tiers d'échecs ». (Victor Pauchet). L'anastomose amorce la guérison, mais ne la réalise pas toujours.

Ses échecs sont dûs: En partie aux ulcères jéjunaux secondaires. Ou bien au fait que la lésion duodénale n'était pas la seule lésion et que le malade était en même temps porteur d'une appendicite chronique, d'une ptose

gastrique, « l'estomac atone continue à mal se vider et à tirer sur le plexus solaire ».

La gastro-entérostomie a été mal faite. Nous verrons l'importance d'une bouche anastomotique trop large, trop petite, et de la longueur de l'anse afférente.

Tantôt les échecs sont dûs à un réveil de l'ulcus primitif, surtout si l'on a pratiqué la gastro-entérostomie chez un malade très hyperacide.

L'apparition d'un nouvel ulcère soit sur le duodénum, soit sur l'estomac n'est pas exceptionnelle après la gastro-entérostomie.

L'apparition d'un ulcère jéjunal secondaire peut être due en partie à l'insuffisance du traitement médical post-opératoire.

L'entéro-anastomose, malgré ses succès opératoires, n'est donc pas sans dangers éloignés. *Le plus souvent, à elle seule, elle ne peut assurer la guérison de l'ulcère duodénal.*

Ses indications doivent donc être précisées.

Elle sera pratiquée :

1° Si l'ulcère duodénal est cicatrisé et a transformé le duodénum en un canal fibreux, *sans présence d'hyperchlorhydrie* (voir observation n° 4).

2° Si l'ulcus est en évolution avec réaction inflammatoire rendant l'exérèse momentanément impossible.

3° Chez les sujets peu résistants, tarés, obèses, elle pourra, dans ces cas, être faite comme premier temps d'une gastrectomie secondaire si les troubles persistent après elle. Dans tous les autres cas, il faudra attaquer directement l'ulcus duodénal.

La technique de la gastro-entérostomie. — Les procédés varient suivant les auteurs: chacun a ses avantages. Nous ne pouvons ici donner que quelques généralités:

La bouche ne devra pas être trop étroite (pas moins de trois centimètres) car « l'oblitération spontanée de la bouche peut se produire quel que soit l'état du pylore » (Hartmann), par adhérences, par processus cicatriciel oblitérant, par ulcus jéjunal, ou lésions inflammatoires banales des tuniques gastriques. Elle ne devra pas être trop large (pas plus de 7 cm) car il s'établit une évacuation en entonnoir qui supprime le temps gastrique des digestions et qui peut être responsable des diarrhées.

On ne devra pas pratiquer l'anastomose au bouton, trop étroite: cette technique ne vaut que par sa rapidité (malades cachectiques, néoplasmes).

Pour éviter les troubles dûs à l'insuffisance de la digestion pancréatique et intestinale, il y a lieu de tenir assez court le segment exclu d'intestin grêle. Mais se méfier de l'anse trop courte qui deviendra un véritable ligament suspenseur du bas-fond gastrique, lorsque le sujet sera en position verticale.

L'anse demi-longue sera employée si l'on veut faire une anastomose isopéristaltique, mais il ne faut pas tourner le jéjunum dans une direction opposée à la direction anatomique; le mésentère tirant sur la portion afférente peut réaliser un véritable volvulus autour du point d'implantation. Dans le cas d'anse longue, l'anastomose complémentaire jéjuno-jéjunale au bouton est nécessaire.

Suivant l'exemple des frères Mayo (de Rochester) on pratiquera de préférence l'anastomose à anse aussi courte que possible.

Où placer l'anastomose? — Pas trop haut, car il peut se produire des accidents de stase (fig 3). Essayer d'éva-

luer la rétraction de l'estomac après la gastro-entérostomie. Sur un estomac dilaté ne pas établir de parti pris la bouche sur le segment le plus déclive; au bout de quelques semaines, l'estomac se rétractant, la bouche se trou-



FIG. 3. — Gastro-entérostomie déféctueuse
L'orifice du drainage n'a pas été fait au point déclive.

ve remontée vers la gauche. La suspension verticale de Ricard donne de bons résultats, « sur les estomacs dilatés dont la face postérieure offre toute l'étendue nécessaire pour faire grand » (Th. de Martel, Pierre Duval).

Cette technique assure un bon drainage et neutralise mieux le suc gastrique. L'anastomose marginale est indiquée si l'estomac ne descend pas facilement.

Doit-on faire l'anastomose iso ou an-isopéristaltique? Cela dépend comment l'anse se présente; en principe, l'anastomose non iso-péristaltique est mieux. Froin a montré que « l'estomac se vide par un mécanisme inverse du mécanisme normal, c'est-à-dire pendant l'antipéristaltisme ». A chaque contraction, la bouche se rétracte et le chyme ne passe pas.

L'anastomose non iso-péristaltique continue à rendre la bouche continente, mais l'anastomose verticale (Ricard), ou isopéristaltique est souvent indiquée par la disposition anatomique.

Doit-on favoriser le reflux de la bile dans l'estomac? Pour certains auteurs, ce reflux diminue l'hypersécrétion, et fait disparaître le spasme. Roux, de Lausanne, fait au malade « une anastomose de régurgitation » faisant porter à l'opéré une véritable pharmacie intérieure. Il faut « se garder de lui attribuer ce rôle important » (Moppert).

En principe. — On fera l'anastomose postérieure transmésocolique à anse courte de Ricard (fig. 4). Si on éprouve des difficultés à bien placer la bouche, faire le dépouillement de la grande courbure et pratiquer la gastro-entérostomie marginale à anse courte (fig. 5). Si l'anse jéjunale est étroite et risque de se couder, si la direction ne paraît pas devoir être bonne, pratiquer la gastro-entérostomie à anse longue (20 centimètres) avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire (fig. 6). Ces procédés donnent souvent de très bons résultats fonctionnels. La gastro-entérostomie en Y de Roux est actuellement abandonnée.

En pratique.— Le choix de tel ou tel procédé ne pourra se faire que l'estomac en main, la forme de l'organe,

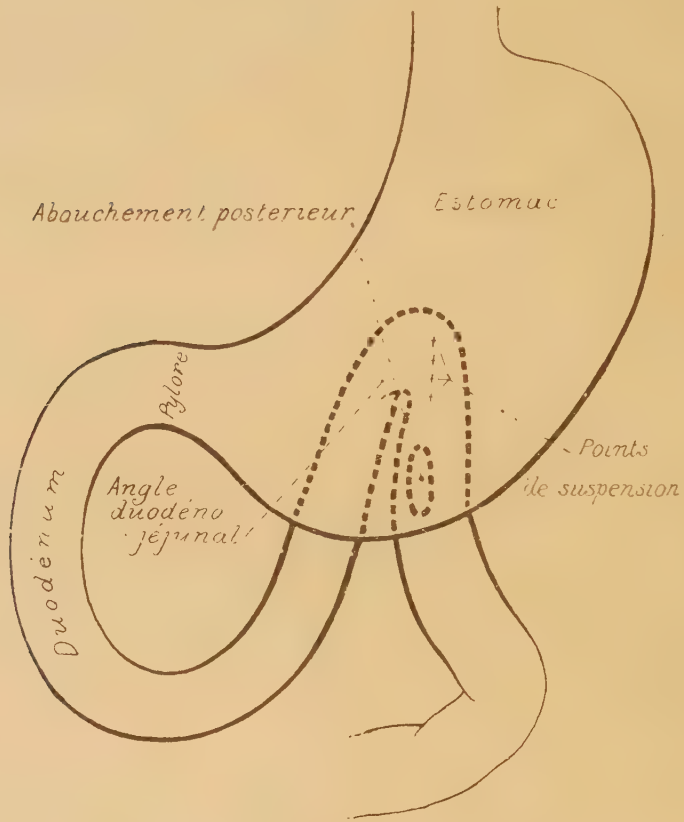


FIG. 4. — Procédé de suspension verticale de Ricard.
C'est une des bonnes gastro-entérostomies.

sa mobilité, imposant le plus souvent la technique appropriée.

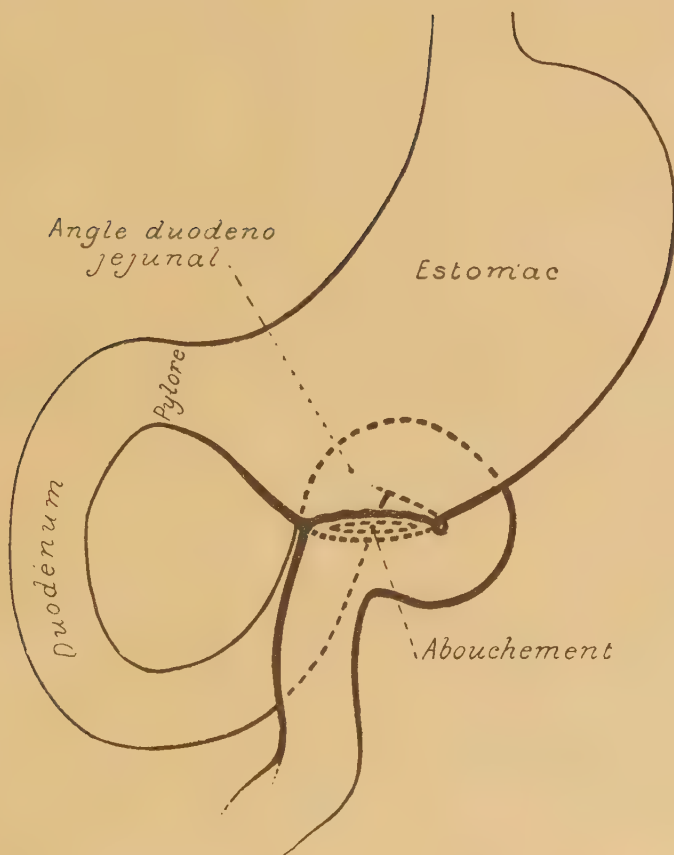


FIG. 5. — Gastro-entéostomie à anse courte au point déclive marginale.
(C'est une bonne gastro-entérostomie)

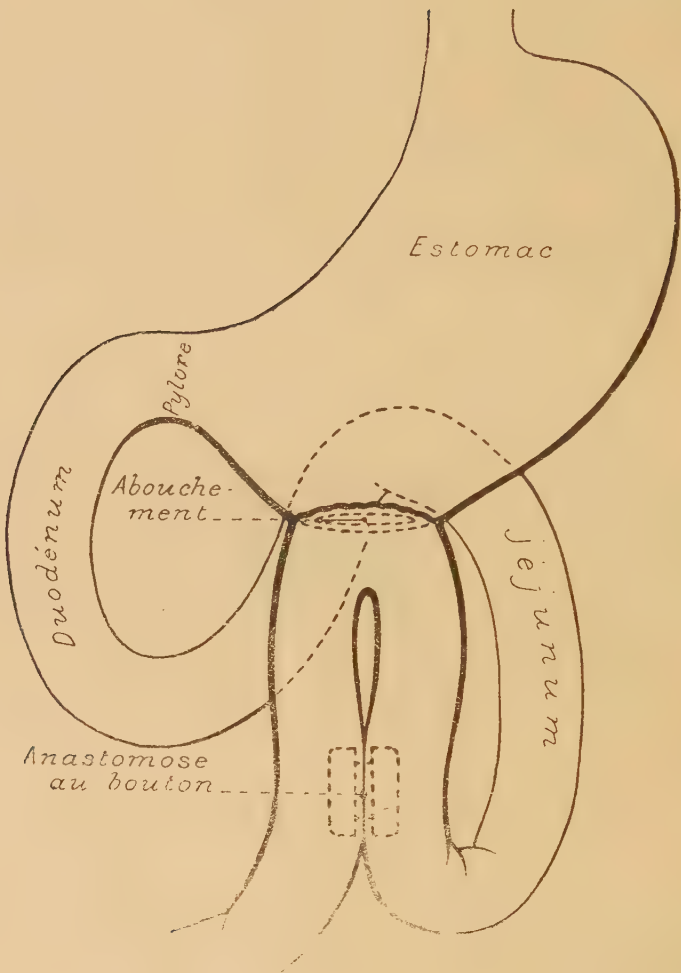


FIG. 6. — Une des bonnes gastro-entérostomie. — Gastro-entérostomie à anse longue. — Jéjuno-jéjunostomie au bouton: cette jéjuno-jéjunostomie empêche le *circulus viciosus*.

CHAPITRE VIII

Le traitement direct de l'ulcère duodénal en chirurgie gastro-intestinale

Nous avons vu que la gastro-entérostomie ne pouvait assurer, par elle-même, le repos du duodénum ulcéré et nous avons donné les indications de l'entéro-anastomose. Les chirurgiens ont été poussés à traiter directement l'ulcère, par la crainte de ne pouvoir obtenir sa cicatrisation. Trois fois sur quatre le traitement direct de la lésion est nécessaire.

Parmi les procédés de traitement direct, il en est qui doivent être condamnés.

L'excision simple de la lésion duodénale, suivie de restauration directe du duodénum, est une opération grave entraînant une mortalité de 20 pour 100. De plus, elle entraîne de fréquentes récidives. La mortalité élevée de cette intervention provient de ce que l'on opère en plein tissu infecté. Même si l'on pratique une excision large, on

opère dans la zone qui, entourant l'ulcère, est toujours inflammatoire, donc infectée. L'ulcère duodénal est un foyer septique inoculant les portions limitrophes, les « ulcères contacts » en sont la preuve. Ramon a insisté sur ce fait que la duodénite déborde l'ulcère parfois très largement. L'excision simple de l'ulcère duodénal est une intervention à laquelle il faut renoncer, à cause de sa gravité.

De même la gastro-entérostomie postérieure avec exclusion pylorique a donné de mauvais résultats. Mayo a réalisé cette exclusion sans division du pylore, par plicature. La ligature du pylore a été faite au catgut chromé, ou à l'aide d'une bandelette aponévrotique. Avec tous ces procédés, on a observé que l'acide chlorhydrique libre était aussi élevé après qu'avant l'opération, d'où fréquence des ulcus jéjunaux secondaires. De plus, cette exclusion était le plus souvent incomplète.

L'exclusion pylorique partielle ou incomplète de l'antrum du pylore (V. Eiselsberg), qui se proposait d'assurer la guérison de l'ulcère par suppression du passage alimentaire par le duodénum, a le défaut de favoriser l'apparition de l'ulcus jéjunal. Le pourcentage d'ulcères peptiques auxquels elle a donné naissance varie suivant les auteurs de 15 à 33 pour 100. Elle n'a aucune action sur les hémorragies secondaires. Les ulcères qui saignent ont saigné après exclusion du pylore, preuve de l'inutilité de cette dernière opération en pareil cas (G. Moppert). Le même auteur signale que sur 7 cas, il a observé un ulcus jéjunal secondaire et quatre hémorragies graves. En outre, après division du pylore, l'estomac n'étant plus maintenu par la continuité digestive, l'antrum prépylorique tend à former une poche où se déposent les aliments impré-

gnés de suc gastrique. L'irritation chronique de la muqueuse, en ce point, peut être l'origine d'un ulcère.

Ces interventions doivent donc être abandonnées.

Parmi les techniques proposées, le Balfour, le Finney, la résection duodénale, le Finsterer et la gastrectomie sont indiquées avec une fréquence variable. Nous allons entreprendre l'étude de leurs indications respectives.

Nous étudierons tout particulièrement le traitement de l'ulcus duodénal par la gastro-duodénectomie, c'est-à-dire par la résection du duodénum et des deux tiers ou des quatre cinquièmes de l'estomac, pour éviter l'hyperchlorhydrie ce qui assure la guérison définitive: c'est la gastrectomie.

Nous exposerons aussi l'opération de Finsterer ou gastrectomie pour exclusion, la dernière en date, parmi les opérations palliatives proposées dans le traitement de l'ulcère du duodénum non réséquable. Le problème posé par cette intervention est de savoir si ses résultats, immédiats et éloignés, sont meilleurs que ceux de la gastro-entérostomie.

1 Le Balfour consiste en la destruction au thermocautère de l'ulcère suivie d'enfouissement. C'est une intervention facile, rapide et bénigne, sa mortalité étant de 1 pour 100 (Pauchet). Il faudra toujours compléter l'intervention par la gastro-entérostomie, le Balfour amenant une diminution du conduit intestinal, une sténose incomplète du duodénum, à laquelle s'ajoute un élément spasmodique.

Le Balfour ne luttant pas contre l'hyperchlorhydrie, il doit être pratiqué dans des cas bien définis.

Il convient aux ulcus duodénaux, petits, non calleux. Un ulcus étendu entraînerait une destruction trop vaste.

Il ne peut s'effectuer que si le duodénum est mobile et libre de toutes adhérences de périoduodénite.

Il peut être indiqué lorsqu'il s'agit de malades affaiblis, étant donné sa rapidité.

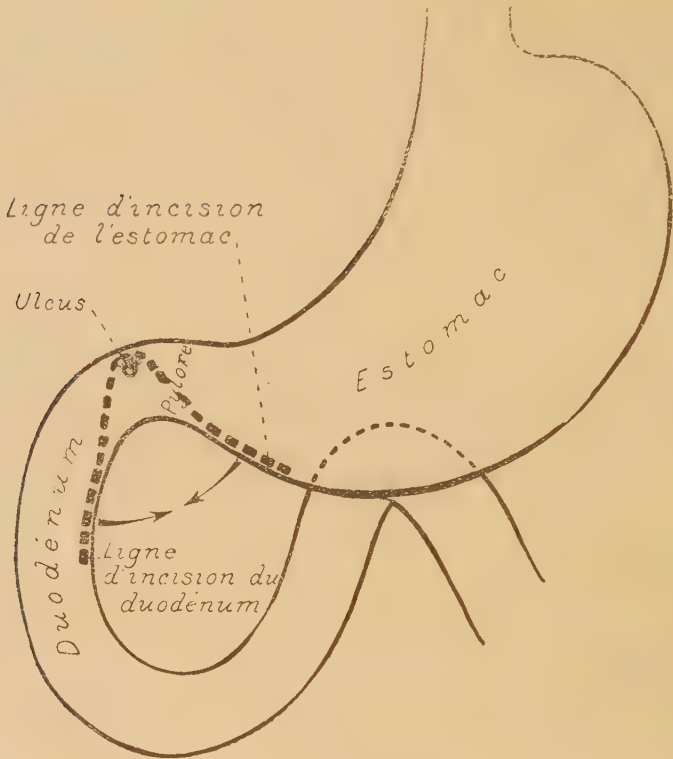


FIG. 7. — La gastro-duodénostomie de Finney. — Cette intervention est plus facile si l'on excise d'abord l'ulcère et si l'on prolonge l'excision sur l'estomac et le duodénum.

Le chirurgien ne devra le pratiquer que si le malade a une chlorhydrie normale, l'hyperacidité entraînant la possibilité d'un ulcus secondaire.

La thermocautérisation peut être associée à la pyloroplastie, ce procédé supprimant les douleurs et assurant

l'évacuation parfaite de l'estomac. On ne doit la pratiquer :

Que si le malade est hypochlorhydrique, sinon on peut craindre des récidives aux points de sutures ;

Que si le spasme est relativement peu accusé ;

Que si l'ulcus est petit, bien limité.

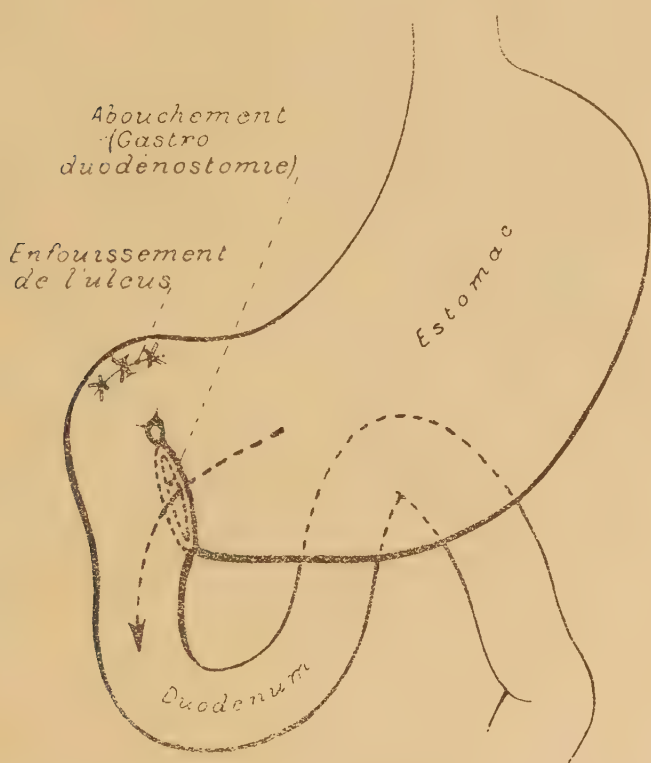


FIG. 8. — La gastro-duodénostomie de Finney.

Sur l'ulcus trois points de suture pour éviter la perforation secondaire.

2. La gastro-duodénostomie. Opération de Finney. — L'excision ou la thermocautérisation de l'ulcère peut être suivie de l'opération de Finney (fig. 7-8). La plaie duodénale peut aussi être excisée par un coup

de ciseau « axial » créant une ouverture losangique allongée dans le sens de l'axe gastro-duodénal que la suture transformera en une anastomose verticale (fig. 9-10).

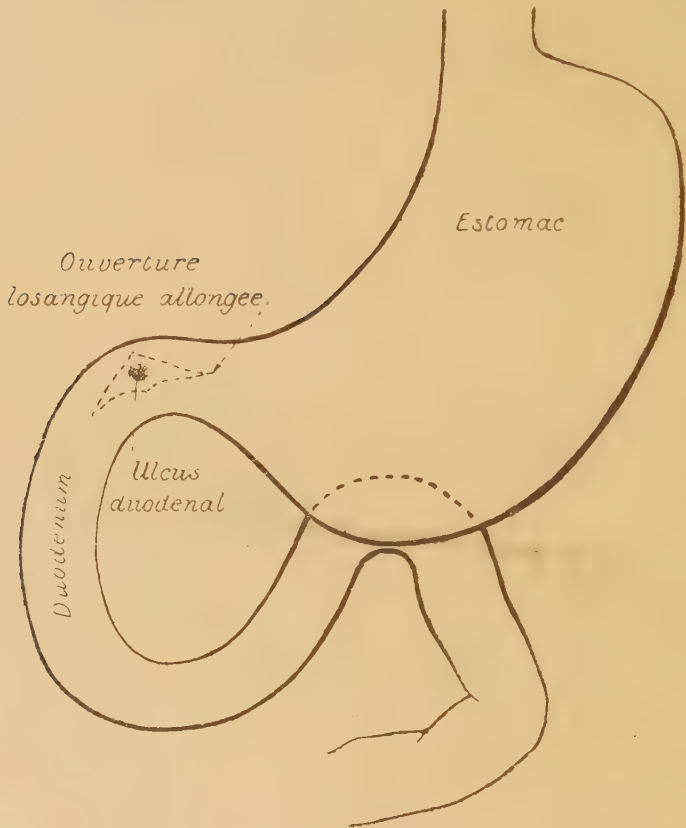


FIG. 9. — Un coup de ciseaux axial, créé une ouverture losangique allongée dans le sens de l'axe gastro-duodénal

Cette gastro-duodénostomie est une excellente opération, permettant une évacuation facile de l'estomac: les ondes péristaltiques entraînant naturellement le chyme vers la bouche ainsi formée. De plus, le contact du chyme avec le duodénum est physiologique: les phénomènes chi-

miques de la digestion s'accomplissent normalement. C'est une intervention bénigne qui lutte efficacement contre le spasme.

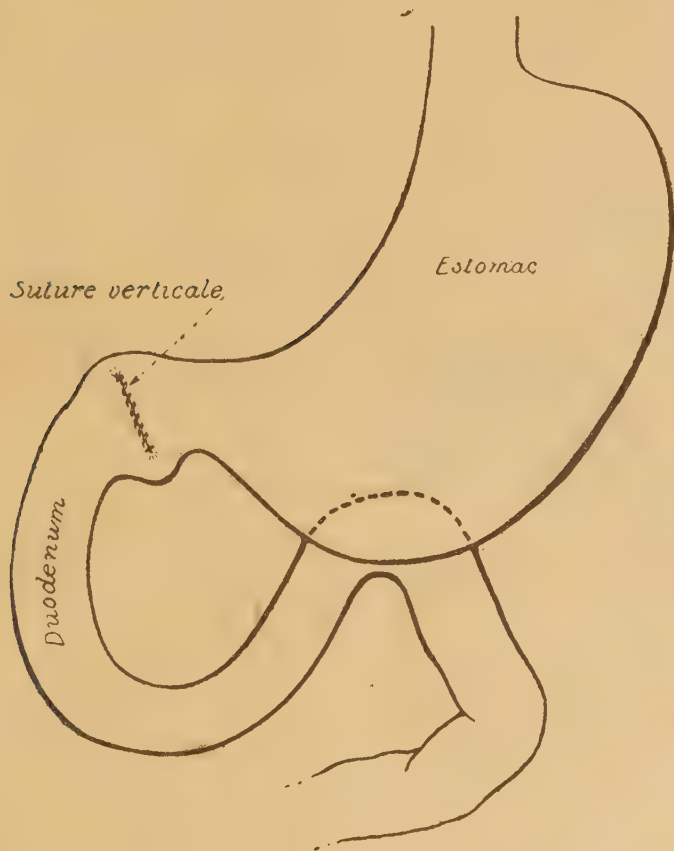


FIG. 10. — La suture verticale augmente le calibre pyloro-duodénal.

Pourquoi donc n'est-elle pas plus fréquemment employée?

Parce que cette anastomose n'est logique que dans certaines circonstances et n'est possible que dans certaines conditions.

On ne doit la faire que si la chlorhydrie est faible, à cause du danger des récidives.

Que si l'ulcus est petit, non calleux.

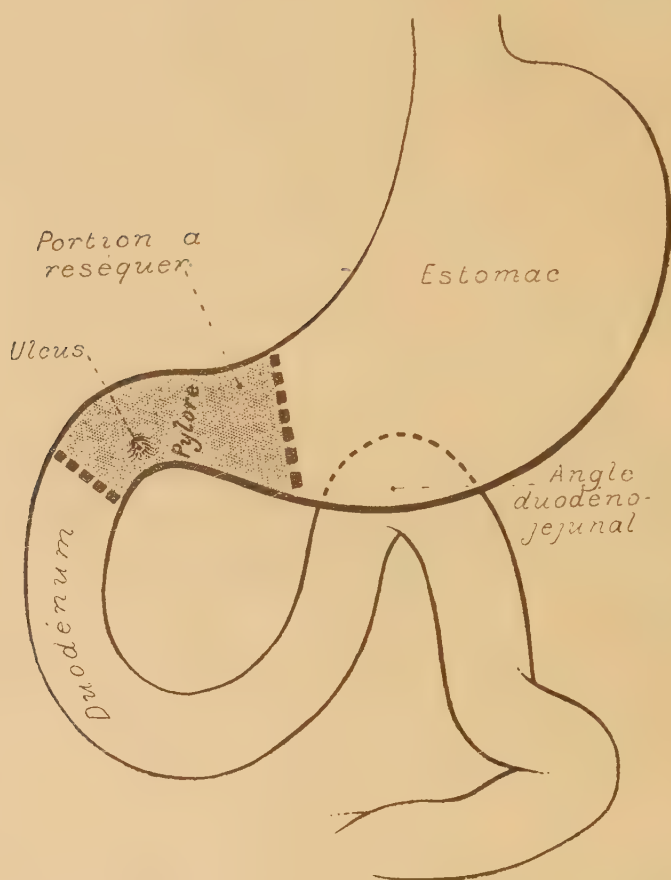


FIG. 11. — La duodénectomie. — C'est une bonne opération qui convient dans quelques cas. Ne peut se pratiquer que chez des malades hypo-chlorhydriques.

On ne peut la réaliser que si le sujet est atteint de gastropse (Pauchet) (voir observation n° 8).

Sa « possibilité dépend, de plus, de la mobilisation du duodénum » (Moynihan).

Les indications du Finney sont donc restreintes. Dans les cas où cette technique peut être employée, les résultats en sont excellents.

3. La duodénectomie est la résection du segment intestinal malade (fig. 11). Cette duodénectomie est,

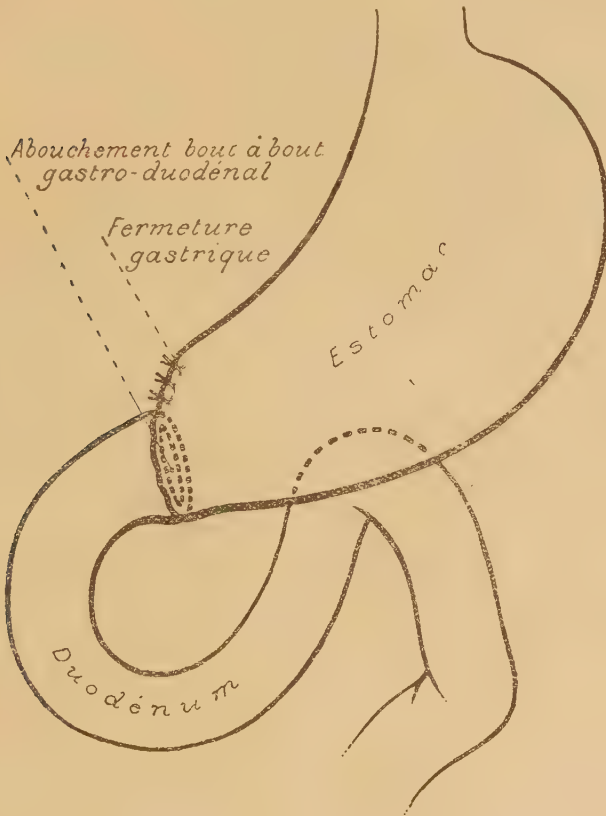


FIG. 12. — La pyloro-duodénectomie. Abouchement bout à bout à la Péan

en fait, une duodéno-gastrectomie, car, en supprimant à la fois le pylore et la petite tubérosité on lutte efficacement contre le spasme pylorique « qui domine la pathologie gastrique » (Doyen) et dont la fréquence, au cours de

l'ulcère duodénal, n'est plus à démontrer. On peut rétablir la continuité digestive de deux façons : soit par le bout à bout gastro-duodénal, à la Péan (fig. 12) ; soit par implantation termino-latérale dans le jéjunum.

Cette opération donne de bons résultats dans certaines conditions. Les indications en sont nettes.

Elle sera pratiquée dans les formes douloureuses avec spasme du pylore.

Elle convient aux cas de duodénum très altéré par l'ulcus et « quand la perforation ou les hémorragies paraissent possibles ». (Victor Pauchet).

Lorsque l'ulcus est trop étendu pour être traité par le Balfour.

Elle ne peut se faire facilement que si le duodénum est mobile.

Enfin, elle ne doit être pratiquée que chez les malades dont l'acidité est très modérée. Elle est incompatible avec l'hyperchlorhydrie qui relève de la gastrectomie.

Il faudra néanmoins faire la section duodénale loin de l'ulcère, au niveau du pancréas, pour éviter la région infectée péri-ulcéreuse et travailler en tissu sain.

CHAPITRE IX

La gastrectomie pour exclusion

La gastrectomie pour exclusion est la dernière en date parmi les opérations palliatives proposées dans le traitement de l'ulcère du duodénum, non réséquable ou paraissant ne pas l'être.

La gastrectomie pour exclusion consiste, en cas de lésion duodénale inextirpable, à sectionner l'estomac à quelques deux ou quatre centimètres du pylore, à débarrasser de sa muqueuse le cône gastrique restant jusqu'au pylore, et à suturer le cône séro-musculaire qui en résulte.

Pour Le Gac, élève de Pauchet, qui connaît d'autant mieux la technique de ce procédé qu'il a aidé Finsterer dans cette opération, c'est loin d'être une opération sans danger. Il trouve que ce procédé est d'exécution difficile et ne présente pas toute sécurité, car il réalise le type de la cavité close, plus ou moins vaste, avec les risques de désunion secondaire; une tendance hémorragique due au décollement de la muqueuse et il le considère plus dangereux (malgré ce qu'en disent certains auteurs, en parti-

culier Aubert (de Marseille) qui reproche aux chirurgiens de n'y avoir pas assez recours) et que l'exérèse duodénale qu'il a toujours pu exécuter, n'ayant jamais trouvé d'ulcère duodénal inextirpable, ni d'ulcère de la deuxième portion du duodénum.

Pauchet disait également n'avoir jamais vu d'ulcère de la deuxième portion du duodénum. Et, à l'Hôpital Saint-Michel, seulement, de 1919 à 1934, fin de la vie active de Pauchet, il a été opéré 1.496 estomacs. Il y a eu là-dessus 1.017 gastrectomies: 753 pour ulcères du duodénum ou de l'estomac et 264 pour cancer. G. Luquet, qui fut l'assistant de Pauchet et qui, à Saint-Michel, depuis trois ans et demi, a eu l'occasion de faire 230 gastrectomies: 185 pour ulcères, 45 pour cancers déclare aussi n'avoir jamais vu d'ulcère de la deuxième portion du duodénum. Pauchet et ses élèves ont seulement, de très rares fois, trouvé d'énormes ulcères de la première portion qui débordaient le duodénum dans tous les sens. Et ils pensent que c'est à ces cas qu'exceptionnellement, devrait être réservée la résection pour exclusion en amont du pylore. Elle ne devrait jamais être une opération de principe car les opérés conservent des troubles, surtout douloureux, ou font des ulcères peptiques.

Pour G. Luquet, qui pratique assez souvent l'exclusion, il vaut mieux la faire en aval du pylore où elle donne d'excellents résultats.

Cette opération a soulevé de nombreuses discussions ayant trait, tant à son efficacité, pour la guérison de l'ulcère, qu'à la question de la fréquence de l'ulcère peptique.

Dans sa forme actuelle, elle fut conçue et exécutée par Finsterer en 1916. Son but physiologique est double: 1° obtenir la guérison de l'ulcère par la mise au repos que l'exclusion de l'anse duodénal assure à l'ulcère; 2° pré-

venir la récurrence ulcéreuse, au niveau de l'estomac et du jéjunum, par la résection gastrique large, qui diminue la surface sécrétante du fundus et assure la baisse de l'acidité gastrique. Au point de vue doctrinal, cette opération admet comme hypothèse pathogénique de la maladie ulcéreuse l'hyperacidité, quelle que soit la cause de cette hyperacidité et quelle que soit la cause qui rend la muqueuse attaquable par l'acide (Leriche). Elle constitue, en quelque sorte, une opération à visées physiologiques et s'attaque au trouble de la fonction, en se désintéressant de la lésion anatomique.

Au point de vue technique, l'opération de Finsterer, suivant la topographie de l'ulcère, comporte l'ablation ou la conservation du pylore et d'une partie de l'antrum. Dans la première variété, il s'agit d'une pyloro-gastrectomie partielle; dans la deuxième, la section gastrique, du côté duodénal, passe au niveau de l'antrum pylorique, l'opération pratiquée étant une antro-gastrectomie partielle.

Au point de vue pratique, le problème posé par cette intervention est de savoir si ses résultats, immédiats et éloignés, sont meilleurs que ceux de la gastro-entérostomie.

Gravité immédiate.— Elle varie suivant que le pylore est ou non systématiquement enlevé. La mortalité de la G pour exclusion n'est guère plus élevée que celle de la gastro-entérostomie. Mais elle s'accroît avec l'ablation du pylore. C'est ainsi que Finsterer, sur 100 cas, sans ablation du pylore perd 4 malades, sur 42 avec ablation du pylore, il voit la mortalité s'élever à 14,3 pour 100. Berger, partisan de l'ablation systématique du pylore, a 28 pour 100. La raison de cette gravité doit tenir à ce que la

section du duodénum porte souvent sur des tissus enflammés et infiltrés se prêtant mal aux sutures. Aussi, la majorité des auteurs sont éclectiques et réservent l'ablation du pylore aux ulcères éloignés, permettant une suture correcte du duodénum. Les causes de la mortalité, indépendamment des complications d'ordre général, sont fréquemment en rapport avec l'ulcère abandonné. Hémorragie, perforation de l'ulcère, péritonite, abcès sous-phrénique.

Les échecs de la gastrectomie pour exclusion.— Elle présente, comme la gastro-entérostomie, l'inconvénient de laisser l'ulcère en continuité avec la lumière duodénale. Aussi, l'évolution post opératoire de l'ulcère ne se fait pas toujours vers la guérison. Les manifestations cliniques de l'ulcère sont, soit la continuation du syndrome douloureux qui revêt les mêmes caractères qu'avant l'intervention, soit l'apparition d'une complication plus bruyante, hémorragie ou perforation.

Les complications tardives de la G. pour exclusion sont souvent liées à l'existence d'un remplissage rétrograde du duodénum.

Les statistiques actuelles indiquent que le pourcentage des échecs dus à la continuation de l'évolution de l'ulcère ne dépasse pas cinq pour 100 des cas. L'étude comparative des échecs des deux opérations gastro-entérostomie et gastrectomie pour exclusion, paraît démontrer la supériorité de cette dernière.

L'ulcère peptique. — Un des problèmes les plus importants que pose la gastrectomie pour exclusion est constitué par la question de la fréquence de l'ulcère peptique. Si la plupart des auteurs admettent que la gastrectomie pour exclusion avec ablation du pylore ne diffère en

rien de la gastrectomie radicale, en ce qui concerne la fréquence de l'ulcère peptique, par contre nombreux sont ceux qui, à la suite de Von Haberer, considèrent la conservation de la région antro-pylorique comme une cause d'hyperacidité, dont le rôle dans la genèse de l'ulcère peptique est actuellement admis.

L'étude comparative de la fréquence de l'ulcère peptique après la G. pour exclusion et la gastro-entérostomie, est à l'avantage de la gastrectomie. En comprenant presque toutes les statistiques publiées, sans faire aucune discrimination, on constate que la fréquence de l'ulcère peptique est de 2 pour 100; ce chiffre n'est donné que pour les bonnes séries de gastro-entérostomies, le chiffre moyen variant entre 4 et 9 pour 100. Il semble donc que la gastrectomie pour exclusion est suivie moins souvent d'ulcère peptique que la gastro-entérostomie.

Les facteurs techniques. — Ils doivent viser à supprimer toute cause de persistance de l'acidité et à établir une anastomose permettant le drainage rapide de l'estomac.

La suppression de la muqueuse antro-pylorique est la première condition qu'une gastrectomie pour exclusion doit remplir. Dans beaucoup de cas, lorsque l'indication de la résection pour exclusion est justifiée, c'est-à-dire lorsque l'ulcère est loin, l'ablation du pylore est possible.

L'étendue de la gastrectomie doit dépasser les deux tiers de l'estomac. Il faut réséquer, en plus de la partie gastrique de l'antrum, une grande étendue du fundus. Cette grande résection a, en outre, l'avantage de passer loin de la zone atteinte de gastrite, de façon qu'il soit possible de faire l'anastomose en tissu sain, et se mettre à l'abri de la continuation de l'évolution de la gastrite pré-existante à l'intervention.

L'anastomose doit être large, afin d'être incontinent et déclive pour ne pas donner la moindre stase. Elle doit, en outre, éviter le reflux dans l'anse afférente.

Seules les anastomoses termino-latérales trans-mésocoliques ou précoliques avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire, peuvent remplir ces trois conditions.

Le Polya et le Finsterer sont également recommandables.

Régime et traitement médical post opératoire. — Un ulcéreux opéré doit toujours suivre un régime, au moins pendant la première année qui suit l'intervention. L'essentiel semble être d'établir, à l'usage des opérés, un régime progressivement élargi, dont seront exclus pour longtemps tous condiments. L'usage de vins et boissons alcoolisées sera, sinon proscrit, tout au moins autorisé avec beaucoup de modération. A ces prescriptions diététiques, on ajoutera, surtout pendant les premiers mois, du bismuth de façon presque continue. Si une poussée de gastro-jéjunite survient, il faut la traiter très soigneusement: régime sévère, bismuth, collargo!, protéinothérapie; prolonger ce traitement le temps nécessaire et ne revenir que très prudemment au régime habituel.

Résultats éloignés. — Finsterer sur 105 malades, suivis de 3 à 19 ans, à 31 guérisons, 5 améliorations et 9 échecs dont 5 ulcères peptiques.

Môrl, sur 108 malades, suivis pendant 8 ans, note 96 guérisons, 9 améliorations, 3 échecs dont 1 ulcère peptique.

Flôrcken sur 194 malades à 183 bons résultats et 11 échecs avec 1 ulcère peptique.

La conservation du pylore, indépendamment de la

question de l'ulcère peptique, a-t-elle une influence sur le résultat final ?

Finsterer, Flörcken, Jacobovici ne le pensent pas, mais considèrent comme nécessaire l'excision de la muqueuse. Dans la statistique de Finsterer, 24 cas de résection, avec ablation du pylore, donnent 83,3 de bons résultats, alors que dans 81 résections, avec conservation du pylore, les résultats remontent à 93,7 p. 100

Jacobovici également, sur 24 résections, avec ablation du pylore, note 83,3 de bons résultats, alors qu'il obtient 91,3 pour 100 sur 81 résections avec conservation du pylore.

La preuve anatomique de la guérison de l'ulcère exclu a été apportée à plusieurs reprises.

Finsterer, réintervenant cinq fois, pour ulcère peptique, a pu enlever facilement le moignon antro-pylorique exclu et constater la guérison anatomique de l'ulcère. Il a pu également faire la même constatation à l'autopsie de deux malades décédés d'une affection autre que l'ulcère. Môrl, a eu l'occasion de vérifier ce fait chez trois de ses opérés, morts accidentellement, deux ans, trois ans et cinq ans après l'intervention.

Dans un cas de Finsterer, cinq semaines après l'intervention, on ne pouvait voir trace de l'ancien ulcère. Zuckschwerdt rapporte l'observation d'un malade ayant succombé, trois semaines après l'intervention et dont l'ulcère était complètement cicatrisé. Ces faits ont une importance physio-pathologique grande car ils démontrent que des ulcères, aussi graves que ceux qui sont traités par l'exclusion, guérissent rapidement lorsqu'ils sont soustraits à l'action de la sécrétion acide de l'estomac.

Les résultats de la G. pour exclusion, comparés à ceux de la gastro-entérostomie, sont donc supérieurs. Cette dernière opération donnant 70 pour 100 de bons résultats

la G. pour exclusion en donnerait dans plus de 90 pour 100 des cas. Ces résultats doivent tenir à l'exclusion de l'ulcère, qui est mis ainsi dans les meilleures conditions possibles de cicatrisation, et, d'autre part, en ce qu'elle permet d'éliminer, par la gastrectomie, la zone atteinte de gastrite. Le cadre de la gastro-entérostomie en devient donc plus limité et ses indications réservées aux malades âgés, inanitiés ou tarés, pour lesquels une opération plus importante serait trop dangereuse.

Cependant, les bons résultats de la gastrectomie pour exclusion ne doivent pas entraîner l'abus contraire, et étendre leurs limites au delà des cas pour lesquels la résection de l'ulcère apparaît au chirurgien comme trop difficilement réséquable. Il ne faut point perdre de vue que la résection pour exclusion est une opération palliative, ne guérissant pas toujours l'ulcère et que celui-ci pourra manifester son activité par une hémorragie ou par une perforation. Il y a un juste balancement à tenir entre les dangers immédiats de la résection de l'ulcère et les risques ultérieurs que l'on peut faire courir au malade en pratiquant la résection pour exclusion.

CHAPITRE X

La gastrectomie

La gastrectomie, opération rationnelle, supprimant le foyer ulcéreux et les lésions gastriques avoisinantes, diminuant la sécrétion chlorhydrique, est le seul traitement qui peut, dans l'état actuel de nos connaissances, assurer la cure radicale des ulcères graves et hyperacides. Seuls, les dangers de l'intervention ont pu écarter les chirurgiens non entraînés des résections gastriques larges. Actuellement, les médecins spécialisés et les chirurgiens adoptent, de plus en plus, l'opération radicale. Nous estimons, pour notre part, que le mérite de ce progrès revient entr'autre à Victor Pauchet, qui a tant fait pour cette cause : « la gastrectomie dans l'ulcère, réséquer largement l'estomac ».

Les idées de Pauchet triomphent actuellement. La gastrectomie a perdu sa réputation de gravité; elle a d'autant plus d'indications qu'on sait mieux la faire. Si elle s'impose chez le cancéreux opérable, elle seule peut amener chez l'ulcéreux duodénal, ou gastrique une guérison complète. On pourrait presque dire que Pauchet est sy-

nonime de gastrectomie ! Il a soutenu des luttes, pendant des années, pour faire admettre en France ce mode de traitement. Il a été l'inlassable propagateur de la gastrectomie large.

La gastrectomie est ancienne. Elle date en effet de 1879 (Péan), 1880 (Ruediger), 1881 (Billroth) ; elle est restée longtemps une opération d'exception. On l'appliqua d'abord aux cancers gastriques ; il a fallu bien des efforts pour arriver à persuader les chirurgiens et les médecins que la petite lésion ulcéreuse devait être traitée par une exérèse large. Pauchet fit faire un grand pas à la chirurgie gastro-intestinale ; par son exemple et ses résultats, il obligea, en quelque sorte, les opérateurs à venir à la gastrectomie. Et, si, aujourd'hui, la gastrectomie est considérée comme une opération simple, beaucoup ne se rendent pas compte ou ignorent que c'est à Pauchet qu'ils le doivent en grande part. A Pauchet dont les procédés sont bien souvent suivis ou démarqués. C'est ainsi qu'aujourd'hui Duval (Le Havre) dans son livre sur « La gastrectomie bénigne » écrit dans sa préface que cette opération est la « révélation de 1933 ». Cependant, bien avant cette date, des chirurgiens comme Toupet, Ockinczyk, Bergeret, Sénèque, à Paris, Guillaud, Delore, à Lyon, Begouin, à Bordeaux, et combien d'autres étaient acquis à ce traitement. Finsterer lui-même, a rendu hommage à Pauchet dans sa fameuse communication. Et, il y a quinze ans, alors que Pauchet présentait déjà des statistiques impressionnantes de gastrectomies on disputait encore, par ailleurs, un peu partout, sur la façon de placer la bouche de gastro-entérostomie, sur la fréquence, et même la réalité, de l'ulcère jéjunal. De 1919 à 1934, fin de la vie active de Pauchet, à l'Hôpital Saint-Michel, il a été opéré 1.496 estomacs. Il y a en là-dessus 1.017 gastrectomies : 753 pour ulcères du duodénum ou de l'estomac, et 264

pour cancer. Ce sont là des chiffres assez éloquentes par eux-mêmes pour un seul chirurgien, à une époque où on ne faisait pas de gastrectomie en France. En particulier, de 1924 à 1929, date que Duval donne pour la période durant laquelle il a cherché la vérité, si cet auteur était venu à Saint-Michel, le lundi après-midi, il aurait assisté à l'exécution de 426 gastrectomies, 313 pour ulcères, 113 pour cancers et il aurait pu constater que tout s'y passait au grand jour, que les livres d'opérations pouvaient être consultés à volonté et que les visiteurs étaient conduits, à chaque séance, voir les malades aux interventions desquels ils avaient assisté précédemment.

Les avantages de la gastrectomie. — Seule la résection, en supprimant l'ulcère, met le malade à l'abri des hémorragies et de la perforation.

Supprimant le pylore, elle supprime complètement et sûrement le spasme. Or, il se peut, comme l'admettent Bergmann et Richter, que l'état spasmodique du pylore abandonné soit d'une grande importance étiologique pour l'ulcère peptique.

Supprimant l'hyperchlorhydrie, la gastrectomie supprime les dangers de récurrence d'ulcère (voir observation n° 7). L'ulcère, en effet, se développe à la faveur de l'hyperchlorhydrie: les ulcères peptiques jéjunaux ne sont-ils pas exceptionnels après la gastro-entérostomie pour cancer, donc dans les états d'hyposécrétion gastrique.

Le siège de l'ulcus peptique, après gastro-entérostomie, est une nouvelle preuve que son développement est lié à l'hyperchlorhydrie du malade. Il siège, en effet, le plus souvent, juste en face de l'anneau de la bouche anastomotique correspondant à l'insertion mésentérique de l'anse jéjunale utilisée par la gastro-entérostomie: en un point soumis d'une manière continue au traumatisme chimique.

La gastrectomie supprimant une large surface sécrétante, de la muqueuse gastrique, et entraînant de l'hyposécrétion, ne se complique d'ulcus peptique que si elle est trop économique.

Une hyperchlorhydrie exige la gastrectomie, les opérations palliatives entraînant une forte proportion d'ulcus peptiques secondaires. La gastro-entérostomie simple se complique d'ulcères peptiques dans 4 à 5 pour 100 des cas (Pauchet).

Les résultats, opératoires et fonctionnels de la gastrectomie ont été discutés. Certes, cette intervention lorsqu'elle est pratiquée pour un néoplasme de l'estomac, comporte de gros risques opératoires (20 pour 100). Il n'en est pas de même pour l'ulcère gastrique et surtout duodénal. Au fur et à mesure que les techniques opératoires se précisent, que le chirurgien donne plus d'importance à la préparation de son malade; la mortalité a considérablement diminuée.

«Seule, la gastrectomie donne une cure certaine et définitive de l'ulcère. Sa mortalité est de 3 à 4 pour 100, sa gravité n'est donc pas supérieure à l'opération de Balfour et les résultats en sont excellents » (Moynihan).

Actuellement, la gastrectomie est à peine plus grave que la gastro-entérostomie (Victor Pauchet). Dans les ulcères duodénaux simples (c'est-à-dire ne s'accompagnant pas d'ulcus gastrique) et non compliqués (non perforés et non en période d'hémorragies) Pauchet, à Saint-Michel, n'avait, à partir de 1924, que 3 pour 100 de mort opératoire.

Les résultats fonctionnels de la gastrectomie sont très bons. Moppert, dès 1922, insistait sur les « brillants résultats » de l'opération de Polya. Lorsque nous étions l'interne de Pauchet, nous avons connu les résultats éloi-

gnés de la gastrectomie. Le service de gastro-entérologie de Saint-Michel se maintenant en contact avec les anciens opérés. Voici ce qu'il ressortait des observations des gastrectomisés.

Absence de douleurs, reprise de poids, selles normales, étaient les résultats observés dans la très grande majorité.

Dans les semaines qui suivent l'intervention il faut signaler quelques troubles fonctionnels. L'estomac diminué dans ses dimensions n'admet plus qu'une faible quantité d'aliments, d'où la nécessité de petits repas fréquents. Le pneumogastrique ayant été sectionné au cours de l'intervention, l'opéré n'a plus au début la sensation de satiété. La chlorhydrie étant diminuée par l'ablation d'une large surface sécrétante, les fibres musculaires ne sont pas digérés pendant quelques mois.

Ces troubles disparaissent rapidement. Les examens radiographiques ultérieurs montrent que l'estomac peu à peu se laisse distendre. La digestion va en se rétablissant normalement.

Victor Pauchet avait toujours, dans ces cas, réséqué les trois quarts ou les quatre cinquièmes de la surface gastrique.

Les indications de la gastrectomie. — Elles doivent être précisées, car on ne doit appliquer ce traitement qu'à des cas bien définis.

N'intervenir que chez des sujets résistants. A moins d'urgence, ne pas faire de gastrectomie chez les malades qui saignent abondamment: attendre l'arrêt de l'hémorragie. La préparation du malade à l'opération est des plus importante: soins dentaires, vaccination pré-opératoire par voie buccale, préparation de l'intestin; examen pré-opératoire minutieux: recherche du temps de saigne-

ment, du temps de coagulation, de l'urée sanguine, sont autant de précautions à prendre. Cette préparation est un des gros facteurs du succès, associée à une technique impeccable et à la nécessité d'une grande douceur opératoire, sans tiraillement, sans aucune brusquerie. Pauchet exécutait toujours les manœuvres posément, ne tirait pas les organes, soignait parfaitement l'hémostase et les sutures. Et, si, un temps, par exemple un surjet ne lui semblait pas satisfaisant, il le défaisait et le recommençait sans fausse honte.

La gastrectomie de nécessité chez un malade qui non seulement n'y est pas préparé, mais qui plus est se trouve dans les conditions les plus mauvaises qui soient, du fait de la crise ulcéreuse récente qui a abouti à l'une des deux complications nécessitant l'opération d'urgence; hémorragie ou perforation, ne se pratique pas sans une certaine appréhension. Les indications de la gastrectomie d'urgence sont de moins en moins fréquentes et ceci est un bienfait des ulcères duodénaux ou gastriques traités par la gastrectomie.

Le retour constant des symptômes pénibles de l'ulcère duodénal est une indication (Thierry de Martel) surtout chez les malades comprenant la nécessité d'une intervention radicale.

Mais l'indication la plus formelle de la gastrectomie est l'hyperchlorhydrie du malade. C'est contre elle qu'il faut lutter par la gastrectomie, « et plus le malade sera hyperchlorhydrique, plus il faudra enlever d'étoffe gastrique ». (V. Pauchet).

Dans les cas de forte hyperchlorhydrie, la coïncidence d'un ulcère duodénal et d'un ulcère gastrique n'est pas rare. Sur 100 ulcères gastriques, il y a 12 ulcères duodénaux concomitants (Moynihan). Dans le cas de lésion double, la gastrectomie s'impose.

CHAPITRE XI

Les possibilités de la résection de l'ulcère duodénal

Si, dans le traitement de l'ulcère du duodénum, la supériorité réelle des résultats de la gastrectomie sur les autres modes opératoires ne fait aucune doute et se dégage des travaux parus dans ces dernières années, elle incite, par contre, à l'étude non seulement du nombre des échecs immédiats de cette opération, mais surtout des causes de ces échecs. Il ne faut point perdre de vue, en effet, que cette intervention s'adressant à une affection relativement peu grave, doit rester bénigne en elle-même. En laissant de côté la mortalité relevant de causes diverses, on s'aperçoit qu'un nombre important d'échecs est en liaison directe avec l'acte opératoire, en rapport avec des fautes commises pendant l'intervention. En général, il s'agit soit d'une lésion d'un des organes importants de la région, pendant la mobilisation du duodénum, soit de l'insuffisance des sutures du moignon duodénal consécutive à sa fermeture défectueuse.

Nous allons examiner d'abord les dangers qui ont trait à la libération duodénale, et nous envisagerons ensuite le problème de la fermeture du duodénum. C'est de l'examen de ces deux points que dépendent les limites de la réséquabilité de l'ulcère du duodénum.

1 - La libération du duodénum

Les dangers que présente la libération du duodénum pendant la résection d'un ulcère duodénal sont éminemment variables. Ils dépendent tant de la topographie de l'ulcère et des connexions qu'il a contractées pendant son évolution, avec les organes du carrefour sous-hépatique, que du degré et de l'étendue de l'altération de la paroi duodénale. D'une façon générale, on peut dire qu'ils augmentent d'autant plus que le siège de l'ulcère est plus éloigné et qu'ils sont plus grands pour les ulcères de la face postérieure.

Les ulcères de la face antérieure du duodénum offrent généralement peu de difficultés. Les adhérences péritonéales qui unissent le duodénum aux organes de la région sous-hépatique sont aisément libérables. Seuls les vieux ulcères calleux, adhérents ou extériorisés réclament des soins spéciaux. Mais en procédant avec méthode, en restant constamment au contact de la paroi duodénale, on arrive toujours, sans grands risques, à dégager le duodénum. Si l'ulcère est ouvert pendant la dissection à l'union des deux organes, le fond ulcéreux sera abandonné après attouchement à la teinture d'iode ou cautérisation au bistouri diathermique, comme les auteurs allemands l'ont récemment préconisé. Cette règle doit être surtout très strictement appliquée lorsqu'il s'agit d'ulcère adhérent ou pénétrant à la face inférieure du foie,

sous peine de provoquer des déchirures du parenchyme hépatique et une hémorragie profuse, difficile à maîtriser.

La pénétration ou l'adhérence à la vésicule biliaire est également facile à traiter. Il est toutefois préférable de repéritoniser par quelques points la surface circulaire cruentée, d'autant plus qu'à cause de la pénétration l'épaisseur de la paroi de cet organe est souvent diminuée. Dans le cas d'une fistule duodéno-vésiculaire, il sera aisé de suturer la perte de substance vésiculaire en deux plans après excision des bords de l'orifice. Haberer conseille, lorsque la paroi de la vésicule participe au processus inflammatoire, la cholécystectomie.

L'extériorisation dans le côlon transverse, plus rare, n'offre guère plus de difficultés, mais la dissection devra être pratiquée sous le couvert d'une protection très minutieuse du champ opératoire et si possible après coprostase. La brèche colique, s'il existe une fistule duodéno-colique, sera réparée par deux plans de sutures.

Les rares contre-indications de la résection, seront tirées pour les ulcères de la face antérieure, moins de l'existence de la pénétration que du siège éloigné de l'ulcère qui compromet la sécurité de la fermeture duodénale. En effet, à notre avis, seuls les ulcères de l'angle duodénal ou ceux dont la callosité empiète sur la deuxième portion du duodénum, relèvent des opérations palliatives. Bien que, même dans ces cas, l'ablation de l'ulcère est souvent possible, nous pensons qu'il est préférable de renoncer à la résection.

Contrastant avec les ulcères de la face antérieure, ceux de la face postérieure sont souvent pénétrants ou adhérents, rendant ainsi plus intimes les rapports du duodénum avec le pancréas et les organes du pédicule hépatique.

La pénétration se fait presque toujours dans le pancréas. Elle est précédée par l'épaississement de la capsule pancréatique et de la substitution au tissu glandulaire d'un tissu inflammatoire dont l'aboutissant est la sclérose. Ce fait a une énorme importance chirurgicale, car le fond de l'ulcère n'a aucun rapport direct avec le parenchyme pancréatique.

Autrefois, la crainte de l'ouverture de la cavité duodénale, dont la septicité avait été exagérée, entraînait à des résections de tout le bloc ulcéreux, y compris le fond de l'ulcère. La lésion du pancréas était donc la règle. La fréquence des accidents dus au traumatisme du pancréas a rendu les chirurgiens plus soucieux de l'intégrité de cet organe et actuellement, il est admis que le fond de l'ulcère doit être abandonné. La libération du duodénum doit être faite progressivement en se tenant au contact de sa paroi et en ayant soin de pratiquer une hémostase parfaite, assurée préventivement par la ligature, avant leur section, de tous les petits vaisseaux qui se rendent à la paroi duodénale.

Dans des cas plus graves, malgré tous les soins apportés, la dissection devient très laborieuse par l'étendue de l'adhérence duodéno-pancréatique et le volume de l'infiltration inflammatoire qui envahit tous les tissus environnants et donne parfois au duodénum un aspect pseudo-néoplasique. Il devient dès lors très difficile de se repérer et de parfaire la libération duodénale, sans danger. Pouchet préconise d'aborder, dans ces cas, l'ulcère par la lumière duodénale, après avoir incisé la paroi antérieure du duodénum. Après avoir libéré la face antérieure des adhérences, on décolle la face postérieure jusqu'à la zone où le duodénum est fusionné au pancréas. On revient alors à la face antérieure que l'on incise après avoir assuré la protection du champ opératoire. A travers la brèche on ins-

pecte les lésions et on continue l'incision sous le contrôle de la vue jusqu'au bord de l'ulcère. On finit par détacher à l'aide de ciseaux fins, le duodénum de son adhérence pancréatique sans s'écarter de la paroi duodénale. Cette manœuvre facilite considérablement la séparation du duodénum du bloc pancréatique.

Une dernière question est posée par la conduite à tenir vis-à-vis du fond abandonné de l'ulcère. Plusieurs auteurs pensent qu'il est préférable, après attouchement à la teinture d'iode, d'exclure ce foyer septique de la cavité péritonéale, en le recouvrant par de l'épiploon. D'autres, dont l'instérer, considèrent ce recouvrement comme dangereux, car il favoriserait la collection rétro-péritonéale du suc pancréatique sécrété par la surface pancréatique et le fond de l'ulcère. Ce fait nous paraît pourtant devoir être rare, si l'on a soin de respecter l'intégrité de la capsule pancréatique.

Les difficultés créées par le siège de l'ulcère devant le trajet du cholédoque, sont autrement importantes que la pénétration dans le pancréas. Si l'ulcère est simple, sans adhérence appréciable, la résection peut-être entreprise et terminée sans incident, malgré le siège éloigné de l'ulcère, mais en général, l'ulcère est calleux ou pénétrant, parfois même perforé dans le cholédoque, créant une fistule cholédoco-duodénale. Même en dehors de cette dernière éventualité, la séparation des deux organes est laborieuse et dangereuse pour l'intégrité du cholédoque. La lésion de celui-ci a, en effet, été rapportée. Von Haberer a publié trois cas personnels, Pauchet un cas, tous terminés par la guérison.

Cette complication pose le problème du rétablissement du cours de la bile. Si la section du cholédoque est partielle, la réparation la plus simple consiste à suturer la plaie cholédocienne par quelques points de sutures, mais

cette éventualité est parfois irréalisable lorsque les parois du cholédoque sont calleuses et friables. On sera donc quelquefois obligé, même dans ce cas, de se comporter comme si la section avait été complète. Le cours de la bile pourra alors être rétabli par une cholécysto-gastrectomie, ou plus facilement par une cholécysto-duodénostomie ou bien par la réimplantation du cholédoque dans le duodénum. Il ne faut pas se dissimuler la gravité de cette complication opératoire, qui entraîne un allongement important d'une intervention déjà longue en elle-même et nécessite une réparation qui n'est pas toujours aisée.

Aussi sera-t-il prudent, avant d'entreprendre la résection, de vérifier les rapports qui existent entre l'ulcère et ce conduit ainsi que l'importance des adhérences. Lorsque celles-ci s'avèrent importantes il vaut mieux renoncer à la résection et avoir recours aux opérations palliatives, certainement moins dangereuses.

Un autre danger est constitué par la proximité de l'ampoule de Vater et de l'embouchure du canal de Santorini sur la petite caroncule.

La blessure de l'ampoule peut reconnaître pour cause une situation anormalement haute de la grande caroncule. Le plus souvent elle est due aux modifications pathologiques des rapports normaux, et en particulier à la rétraction.

La blessure de l'ampoule de Vater est une complication extrêmement grave, le plus souvent mortelle. La réparation de cette lésion, très difficile et précaire, ne peut-être réalisée que par l'implantation de la tête pancréatique dans le duodénum, ou dans une anse grêle que l'on fixe par un double surjet muqueux et séro-musculaire.

La section du canal de Santorini est elle aussi responsable d'un certain nombre d'échecs, et Finsterer leur a consacré une étude récente très documentée.

Il est donc utile de recommander la plus extrême prudence, quand les lésions demandent la libération du duodénum au-delà de l'angle, entre la 1^{re} et 2^e portion; cette région nous paraît constituer l'extrême limite des opérations bénignes.

Les ulcères du bord inférieur ont la même évolution que ceux de la face postérieure et si l'on excepte quelques cas où la pénétration se fait dans deux organes (pancréas et colon transverse, par exemple), ils ne présentent rien de particulier. Toutefois nous devons signaler que ce sont eux qui s'accompagnent des rétractions les plus marquées et que par conséquent ils exposent particulièrement à la blessure du canal de Santorini et de l'ampoule de Vater.

La localisation sur le bord supérieur présente une réelle individualité, lorsque l'ulcère intéresse la partie droite de ce bord, à cause de l'extension de la callosité dans le ligament duodéno-hépatique devant le pédicule hépatique, ce qui expose pendant la dissection à la blessure du cholédoque, de l'artère hépatique et même de la veine porte. La blessure de ces organes est particulièrement à craindre dans certaines formes pseudo-tumorales qui soudent entre eux, tous les organes du carrefour sous-hépatique et se prolongent jusqu'au hile du foie.

2. La fermeture du duodénum

La fermeture du duodénum constitue un des problèmes essentiels de la gastrectomie. Elle doit être sûre et étanche et éviter la déhiscence du moignon, cause fréquente des échecs opératoires. En l'absence de drainage, la déhiscence du moignon duodénal est certainement une complication très grave et se termine par une péritonite mortelle. Même si l'on a drainé, l'évolution est moins bénigne qu'il n'est généralement admis. Si les petites fistules finissent

par se tarir plus ou moins vite par la cicatrisation du trajet, sans compromettre la guérison, par contre les fistules importantes se terminent souvent par la mort, malgré le drainage.

Pour Jacobowici, la mortalité due à l'insuffisance des sutures du moignon duodénal doit être évaluée à 5 p. 100.

Les causes invoquées à l'origine de l'insuffisance des sutures du moignon duodénal sont multiples. On a incriminé: 1° l'infection, soit d'origine pariétale, qui serait fréquente au cours de l'évolution de l'ulcère, soit consécutive à la souillure des tranches de section par le contenu duodénal septique; 2° l'absence de péritoine sur la demi-circonférence postérieure du duodénum fixe, qui gêne la perfection des sutures; 3° la dévitalisation de la paroi du duodénum, engendrée par la libération du segment duodénal nécessaire à l'exécution des sutures; 4° enfin, le reflux duodénal qui met les sutures sous tension par le remplissage rétrograde de l'anse. En fait, ces causes sont accessoires et leur rôle est simplement adjuvant.

Les vraies causes de la déhiscence du moignon duodénal sont: 1° le manque d'étoffe duodénale, 2° la mauvaise qualité de la paroi duodénale dont on dispose. En effet la fistule duodénale ne se voit pratiquement jamais, lorsque le chirurgien a pu décoller le duodénum sur une étendue suffisamment longue, permettant de pratiquer les sutures en zone saine et d'enfouir largement le premier plan sous un deuxième et souvent sous un troisième plan séro-musculaire. Elle est par contre fréquente, lorsque le siège de l'ulcère rend la réalisation des deux conditions, précédemment énoncées, difficile ou impossible, c'est-à-dire lorsque l'ulcère est loin ou qu'il s'accompagne d'altérations étendues du duodénum. Lorsque l'ulcère siège au genu supérieur et en dehors de toutes lésions concomitantes graves, le décollement étendu du duodénum au-delà de lui compor-

te toujours le risque de léser les canaux bilio-pancréatiques. La libération du duodénum est de ce fait, pratiquée timidement, sur une largeur insuffisante, et après l'exécution du plan total, il reste peu d'étoffe pour l'enfouissement dont l'exécution est défectueuse. Ici, l'insécurité des sutures est due au manque d'étoffe souvent aggravée, du reste, par la callosité de la paroi duodénale. Parfois ces deux conditions se trouvant réunies, le chirurgien est en présence d'un moignon court, dépéritonisé sur une des deux faces, à parois altérées, et dont la fermeture est doublement précaire, tant à cause de sa brièveté, qu'à cause de l'altération des tissus sur lesquels sont pratiquées les sutures.

Dans un autre groupe de cas, l'insécurité des sutures reconnaît pour cause l'étendue de la callosité et de l'infiltration duodénale qui s'étend bien au-delà de l'ulcère, même si le siège de l'ulcère n'est pas très éloigné. La déhiscence du moignon est due, dans ces cas, à l'altération de la paroi.

La variété du siège de l'ulcère et la diversité des lésions créées par son évolution montrent qu'il est impossible d'effectuer la fermeture du duodénum en utilisant toujours le même procédé. Le chirurgien doit pouvoir se servir d'une gamme de procédés applicables aux divers cas jugés opérables.

Procédés habituels. — Leur nombre est très grand et souvent les différences qui existent entre eux tiennent à des détails infimes.

Sutures en trois plans. — Le duodénum mobilisé sur une étendue suffisante, on place une pince écrasante qui fermera la région pylorique et empêchera l'écoulement du

liquide intra-gastrique. On coupe ensuite le duodénum sur la droite de la pince, en tissu sain.

Après hémostase de la tranche duodénale, on suture le duodénum en trois plans. Le premier plan est total, et fait au point ordinaire, ou avec un point enfouissant la muqueuse, ce qui est mieux. Les deux autres surjets sont séro-séreux ou séro-musculaires. On doit faire particulièrement attention à bien enfouir les angles.

Procédé de Mayo. — Après écrasement, le duodénum est sectionné à gauche d'une pince écrasante, placée à la limite droite des lésions. Cette pince sert de fixateur du duodénum, en même temps qu'elle assure son occlusion. Un surjet séro-musculaire est ensuite mené par dessus la pince écrasante, au point de Cushing. Le premier point est placé sur le bord inférieur du duodénum, il est vertical et passé de bas en haut. Les points sur les faces seront horizontaux. On termine le surjet sur le bord supérieur par un point vertical passé de haut en bas.

On retire ensuite la pince et on serre le surjet en tirant sur les deux extrémités du fil. Si tout a été exécuté correctement on voit les angles et les tranches de section s'invasiner automatiquement. On termine en nouant entre eux les deux chefs du surjet.

Ce premier surjet est enfoui sous un deuxième ou bien sous une bourse séreuse.

Pauchet, après avoir serré les deux extrémités du fil, continue avec le même fil un surjet séro-séreux, de haut en bas, par dessus l'enfouissement. Il termine en nouant les deux chefs.

Quel que soit le procédé employé, la fermeture est terminée par un enfouissement du moignon duodénal sous une bourse prenant appui sur la face péritonéale du duo-

dénium, les débris du petit épiploon, la capsule pancréatique et le ligament duo lénocolique. On peut terminer aussi, en fixant simplement la face externe du moignon duodénal, par quelques points séparés, à la capsule pancréatique.

Le choix du procédé choisi par le chirurgien est déterminé bien plus par des raisons d'habitude que par de réels avantages que les uns offrent sur les autres.

Ils présentent tous le même inconvénient : leur exécution, pour être sûre, demande beaucoup d'étoffe duodénale et ne peut être entreprise que si l'on dispose, au minimum, d'un centimètre et demi de duodénium libre. C'est dire que leurs indications seront limitées aux ulcères de la portion mobile, et à certains ulcères de la portion fixe.

Procédés réservés aux cas difficiles. — Si l'occlusion du moignon duodénal est généralement facile pour les ulcères qui sont situés près du pylore, ou pour ceux de la face antérieure, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'ulcères situés à droite de l'artère gastro-duodénale, aux confins de la première portion. Les difficultés, relatives pour les ulcères de la face antérieure, deviennent très grandes pour les ulcères de la face postérieure.

La callosité ou la pénétration de l'ulcère, les adhérences contractées avec le pancréas et les organes du pédicule hépatique, la rétraction qui rapproche les caroncules de la zone ulcéreuse, rend la libération du duodénium pleine de dangers. C'est toujours dans ces cas que l'ampoule de Vater fut blessée. Il paraît donc prudent de limiter le décollement au strict minimum, ou même dans certains cas savoir s'abstenir totalement. Cette abstention est parfois, du reste, imposée par l'altération profonde de la paroi duodénale postérieure, qui la rend inutilisable pour la suture.

Plusieurs procédés ont été publiés pendant ces dernières années qui permettent d'éviter ces risques, tout en assurant une fermeture duodénale sûre.

Pauchet procède dans les cas difficiles de la façon suivante qui lui permet de se passer de la mobilisation de la paroi postérieure, lorsque son exécution est dangereuse.

Après avoir sectionné le duodénum au niveau du bord distal de l'ulcère, il conseille de décoller si possible une petite manchette du duodénum d'un demi-centimètre envi-



FIG. 13. — Fermeture du duodénum dans les duodénectomies larges (d'après Pauchet). — Portion de muqueuse à exciser avant le rapprochement des sous-muqueuses pour fermeture duodénale.

ron. Si on ne peut pas, ne pas insister. Puis à l'aide d'un bistouri ou de ciseaux fins, exciser à l'intérieur une collerette de muqueuse sur une longueur de $1/2$ à 1 centimètre. On met ainsi à nu sur tout le pourtour la sêro-musculaire (fig. 13). Ceci fait on a le choix entre deux façons de procéder à la fermeture. Ou bien passer des points séparés

qui traverseront la séro-muscleuse de la face antérieure puis la musculuse de la face postérieure, y compris la portion voisine du paneréas si on n'a pu détacher la col-

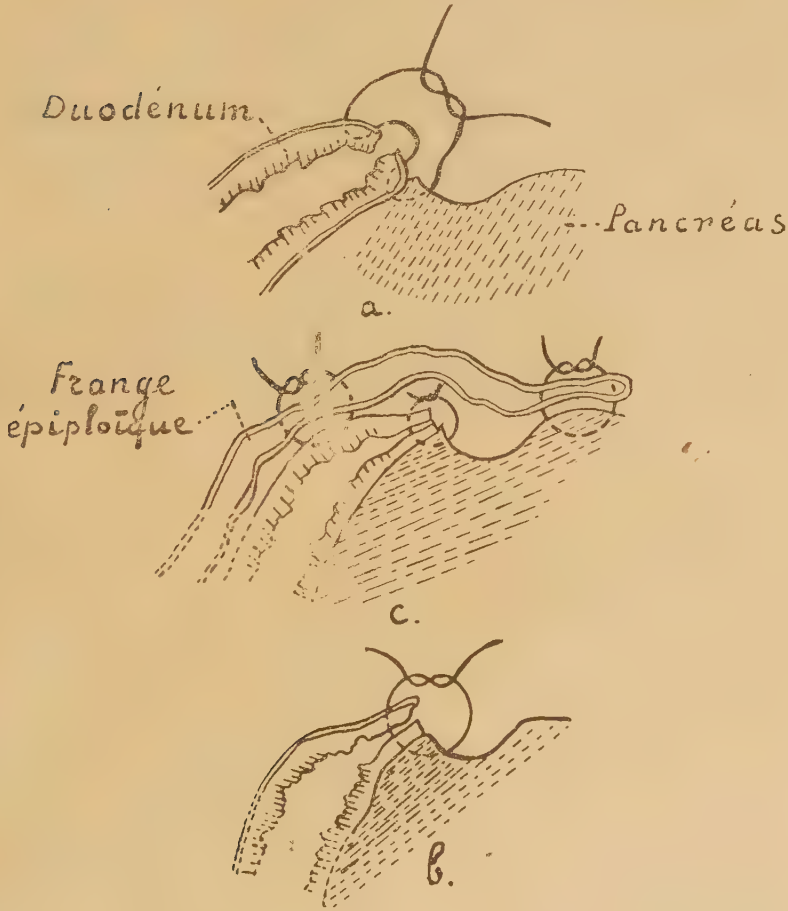


FIG. 14. — Fermeture du duodénum dans les duodénectomies larges (d'après Pauchet).

a, b. — Fermeture du duodénum suivant deux façons ;

c. — Consolidation de sa fermeture par un plan d'épiploon.

lette, puis serrer les fils : les surfaces cruentés dépouillées de muqueuse viennent s'accoler l'une contre l'autre,

face à face (fig. 14 b). Consolider le tout par un plan d'épiploon. Ou bien passer des points séparés non perforants qui traversent la séro-muscleuse de la face antérieure un peu en retrait de son bord de section de droite à gauche, puis la muscleuse de la face postérieure et la capsule pancréatique pour sortir à un centimètre environ. En serrant les fils, on voit les bords s'invaginer dans la cavité duodénale, en même temps que la tranche vient s'appliquer contre le pancréas (fig. 14 a). Terminer par une épiplooplastie (fig. 14 c).

Ces procédés de nécessité n'ont jamais donné de fistule à leur auteur, malgré leur insuffisance apparente. Pauchet insiste sur le fait qu'il faut exciser minutieusement la muqueuse, cause d'infection.

CHAPITRE XII

Indications et procédés opératoires de la gastrectomie

Le chapitre précédent, consacré à la libération du duodénum et à sa fermeture, nous permettra d'être bref dans la discussion des indications et des limites de la gastrectomie. La possibilité de la gastrectomie sans grands dangers dépend des trois facteurs qui sont, le siège de l'ulcère, ses connexions pathologiques avec les organes environnants, le degré et l'étendue de l'infiltration des parois duodénales. Mais si dans la discussion théorique des limites de l'opérabilité, tous les chirurgiens sont d'accord sur les causes qui doivent faire abandonner la résection, par contre les statistiques publiées montrent que le pourcentage des ulcères non réséquables varie dans des proportions considérables.

Les raisons de ces écarts sont nombreuses. Une des plus importantes est due au fait que dans certains milieux, malades et médecins sont peu favorables à l'intervention. Celle-ci est différée jusqu'à l'extrême limite de l'absten-

tion. Le chirurgien qui opère ces malades se trouve évidemment aux prises avec de nombreuses difficultés que rencontre rarement celui qui opère les malades assez précocement. Un autre, dépend uniquement de l'expérience de l'opérateur et des possibilités matérielles; aussi les ulcères non réséquables sont plus rares dans les grands centres chirurgicaux. Enfin la troisième est en rapport avec l'opinion du chirurgien sur la valeur des opérations palliatives et l'opérateur qui obtient des résultats équivalents avec une opération plus facile et moins grave, renonce plus rapidement à une résection difficile. Il nous paraît pourtant que le problème de l'opérabilité gravite autour de deux facteurs: la lésion et l'état général du malade, et nous envisagerons les indications opératoires en suivant la division anatomique du duodénum.

Ulcères situés à gauche de l'artère gastro-duodénale. — Dans les ulcères situés à gauche de l'artère gastro-duodénale, les conditions anatomiques et pathologiques permettent presque toujours la résection. L'adhérence pancréatique n'offre pratiquement aucune difficulté, étant donné qu'à ce niveau le duodénum est dépourvu de tout rapport dangereux. La fermeture du duodénum pourra toujours être assurée, car la libération duodénale devient généralement facile, lorsqu'on a dépassé l'ulcère vers la droite. Si toutefois, la paroi duodénale postérieure est très adhérente au pancréas, ou très altérée, si le duodénum est très rétracté, on a toujours la possibilité d'en effectuer la fermeture par un des procédés qui ne nécessitent pas la mobilisation de la paroi postérieure.

Ulcères de la première portion, normalement fixe. — Pour les ulcères de la portion fixe de D¹, la détermination opératoire est plus difficile, et les indications sont surtout

fonction de l'expérience de l'opérateur. Cependant, sans vouloir négliger le facteur personnel, nous pensons qu'il est possible de dégager des règles générales de l'opérabilité, en se basant sur les lésions qui existent. Les ulcères de la face antérieure sont, avec un peu d'expérience, toujours enlevables, sauf si la callosité de l'ulcère se prolonge sur la deuxième portion du duodénum. Dans certaines conditions, il est possible d'étendre l'indication de la résection même à ces derniers.

Le problème devient beaucoup plus difficile pour les ulcères de la face postérieure et du bord inférieur, dont la réséquabilité doit être subordonnée à un certain nombre de facteurs, assurant la libération sans dangers, et la fermeture sûre du duodénum. Il faut vérifier notamment. 1° L'intégrité de la paroi duodénale antérieure, dont l'importance est capitale, car elle ménage toujours la ressource d'effectuer la fermeture du duodénum sans mobiliser la paroi postérieure. 2° Les rapports de l'ulcère avec le cholédoque. Nous entendons par là, non point des adhérences péri-ulcéreuses qui s'étendent au-delà du bord de l'ulcère et dont l'existence ne gêne que la libération du duodénum — manœuvre dont on peut se passer — mais l'adhérence directe de l'ulcère au cholédoque qui est d'une importance bien plus considérable, car elle expose à la blessure de ce conduit pendant la dissection de la base ulcéreuse. Nous croyons que la résection d'un ulcère de la face postérieure est possible toutes les fois qu'il n'adhère pas directement au cholédoque et que la paroi duodénale antérieure et saine.

La question de la fermeture du duodénum est elle aussi complexe. Elle dépend surtout du degré de la rétraction du duodénum. En l'absence, de rétraction, celui-ci pourra être fermé par un des procédés ordinaires, si l'état adhérentiel de la paroi postérieure le permet. Par contre pour les ulcères qui s'accompagnent d'une rétraction impor-

tante la libération du duodénum à droite de l'ulcère est dangereuse à cause du voisinage des canaux bilio-pancréatiques.

Les ulcères du bord supérieur sont presque toujours réséquables même s'ils adhèrent au foie. Cependant leur adhérence aux éléments du pédicule hépatique et du hile du foie peut être une contre-indication.

L'opérabilité des ulcères doubles est elle aussi fonction de l'étendue de l'ulcère antérieur et de l'adhérence au cholédoque de l'ulcère postérieur. La résection est facile pour les ulcères du duodénum mobile mais devient difficile pour ceux qui siègent sur le segment fixe. En dehors de la question de la libération duodénale, l'indication de la résection dans ces cas doit être envisagée par rapport à la possibilité de la fermeture du moignon rendue souvent précaire par l'altération étendue de la paroi duodénale antérieure.

Pour nous resumer, nous considérons que la résection est possible dans plus de 90 p. 100 des cas, ses contre-indications étant les suivantes :

1° Les ulcères de la paroi antérieure dont la callosité atteint ou dépasse l'angle duodénal.

2° Les ulcères de la paroi postérieure, adhérents au cholédoque ou s'accompagnant d'une infiltration marquée de toute la paroi antérieure.

3° Les ulcères du bord supérieur adhérents au cholédoque.

4° Les ulcères doubles de la portion fixe du premier duodénum.

Pour ces cas la résection est à notre avis trop dangereuse pour être conseillée et doit céder la place aux opérations palliatives. La résection nous paraît également con-

tre-indiquée pour les ulcères de la 2^e portion du duodénum, à cause des rapports immédiats de cette portion avec le canal de Santorini et l'ampoule de Vater, dont la lésion, toujours possible, grève lourdement la mortalité opératoire.

Les indications de gastrectomie sont susceptibles d'être encore élargies, jusqu'à l'extrême limite des possibilités anatomiques, en cas d'ulcère en état de préperforation ou d'ulcère hémorragique. Malgré sa plus grande gravité, l'opération radicale est ici souvent indiquée à cause de l'insuffisance fréquente des opérations palliatives. Par contre, des causes secondaires, telles que, une mauvaise anesthésie, un embonpoint excessif du malade, peuvent influencer sur la décision opératoire, surtout lorsqu'il s'agit des cas limites, et feront souvent préférer une opération palliative, à une résection difficile.

Une dernière contre-indication de la gastrectomie est tirée de l'âge avancé ou du mauvais état général du malade, surtout si l'importance de la lésion permet de prévoir une opération longue et choquante. Parfois même, l'opération la plus rapide sera la seule possible et il est évident que la durée et l'importance de l'intervention doivent être proportionnées à la résistance du malade.

La technique de la gastrectomie est variable en ce qui concerne le rétablissement de la continuité digestive. Nous n'avons pas, ici, à entrer dans les détails de chaque anastomose que l'on peut pratiquer, et nous nous bornerons à étudier les indications de tel ou tel procédé.

Ce sont surtout des considérations anatomiques qui vont surtout nous diriger; le choix entre ces diverses techniques se faisant l'estomac en main.

La section du duodénum devra se faire le plus loin possible de la lésion. Après ligature de la coronaire stomachi-

que, et dépouillement des deux courbures de l'estomac, la section gastrique se fera très haute. Luquet 'estime qu'il doit rester dans les 4 centimètres de petite courbure et 10 à 12 centimètres de grande courbure. Pour rétablir la continuité on peut employer divers procédés.

L'anastomose termino-terminale gastro duodénale ou PROCÉDÉ DE PEAN BILLROTH I (fig. 15) est une bonne anasto-

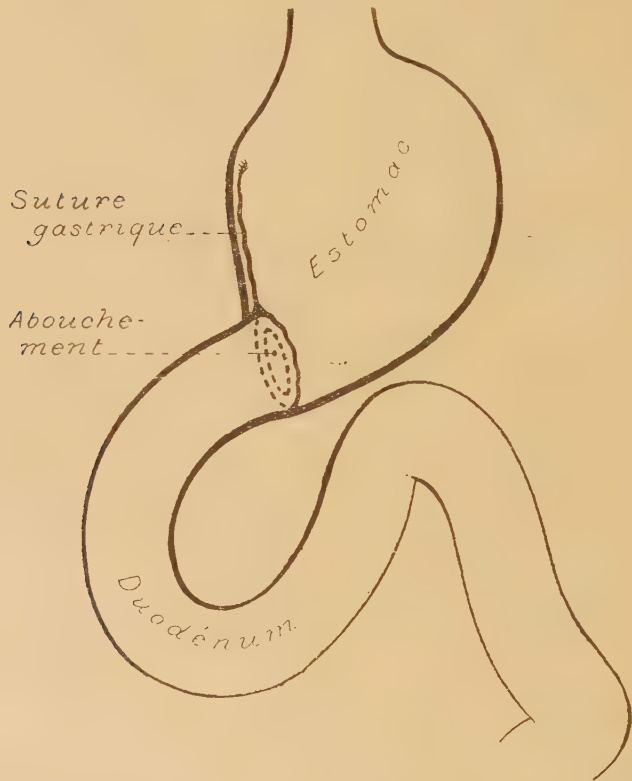


FIG. 15. — Après gastrectomie.
continuité rétablie par le bout à bout à la Péan.

mose la plus physiologique. Elle ne pourra se faire que si le moignon gastrique est mobile, et le duodénum large et bien

recouvert de séreuse sur tout son pourtour. Elle est à conseiller chaque fois « qu'une résection gastrique trop large ne fait pas craindre de traction sur les sutures gastro-duodénales » (Victor Pauchet). Il faut donc un moignon gastrique s'abaissant facilement (obs. n° 3). La portion supérieure de la tranche gastrique, non anastomosée, sera fermée en deux plans. Il faut de plus que le duodénum soit entouré de séreuse péritonéale avec plan séreux posté-

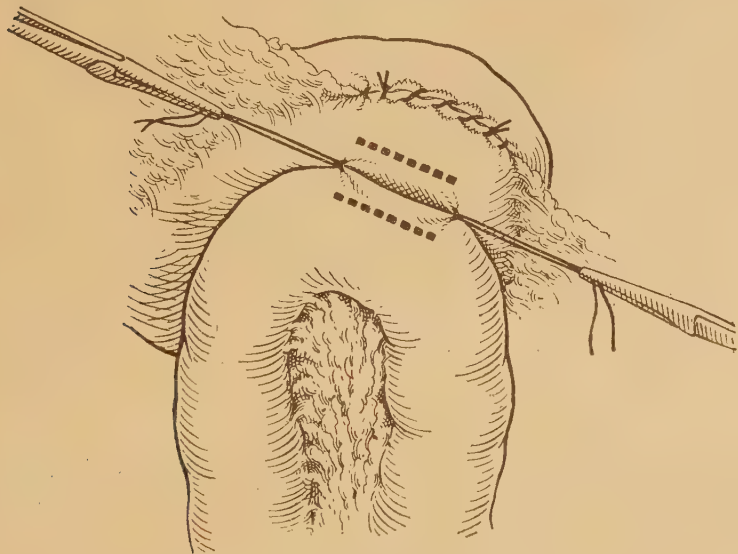


FIG. 16. — Gastro-entérostomie après gastrectomie. (Procédé de Billroth II).
L'estomac sectionné a été refermé. Les pointillés indiquent les lignes d'incision gastrique et jéjunale. (D'après Pauchet).

rieur libre, pour que l'anastomose à la Péan soit possible; cette technique ne peut donc s'appliquer qu'à des ulcères duodénaux juxta-pyloriques. En cas de lésion siégeant loin du pylore, la section du duodénum se fait trop loin, au niveau de la deuxième portion, et la fermeture en bourse de cet intestin peut seule être pratiquée. L'anastomose à la Péan est donc assez rarement employée après gastrectomie pour ulcère duodénal.

La gastro-entérostomie après gastrectomie, ou PROCÉDÉ DE BILLROTH (fig. 16). consiste en la fermeture de l'estomac et une gastro-entérostomie antérieure ou postérieure au point déclive. C'est un excellent procédé si l'on a un duodénum petit et beaucoup d'étoffe gastrique (V. Pauchet).

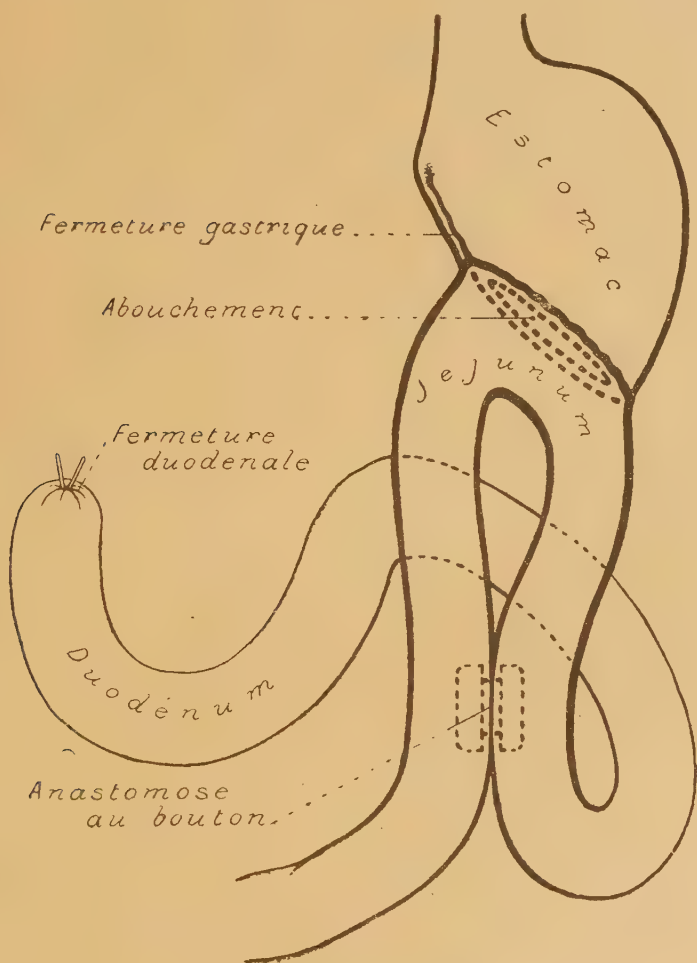
Si l'on craint une régurgitation biliaire, ou la création d'un *circulus viciosus*, si l'on a pris une anse longue, il faut compléter par une jéjuno-jéjunostomie au bouton.

L'implantation à la Polya est l'anastomose directe gastro-jéjunale. C'est la méthode de choix. Elle est facile, même après les gastrectomies larges, à cause de la mobilité de l'anse duodéno-jéjunale. L'implantation sera totale si la tranche gastrique est de bonne dimension. Si la tranche gastrique est trop longue fermer le tiers supérieur, en deux plans, avant l'implantation. Si l'on choisit une anse longue compléter par une jéjuno-jéjunostomie (fig. 17).

Procédé Hofmeister-Finsterer — C'est une modification du Polya. Après résection gastrique large, la partie supérieure de la tranche gastrique est fermée. La portion afférente de l'anse jéjunale est fixée sur la petite courbure et la portion efférente sur la grande. L'anastomose obtenue est favorable à l'évacuation gastrique.

L'Académie de Chirurgie, en décembre 1937, a discuté de cette opération de Polya et si Lardennois, Toupet, Moure, Bréchet, y sont restés fidèles, la plupart des autres ont adopté l'opération de Finsterer et rejettent le Polya arguant qu'il donne des bouches trop larges. Luquet s'élève contre cette condamnation et émet cette opinion qui pourra surprendre: « Si on fait une résection

suffisamment haute et d'après certaines règles, qu'il applique de Pauchet, il est à peu près toujours impossible



IMPLANTATION A LA POLYA

FIG. 17. — Implantation gastrique dans une anse jéjunale, l'anse étant longue il faut compléter par une jéuno-jéjunostomie.

de faire un Finsterer et on est obligé de faire un Polya ou tout au moins un procédé — genre Polya — ».

Comme Pauchet, il estime que la section doit porter très

haut, c'est-à-dire qu'il doit rester environ 3 à 4 centimètres de petite courbure et 10 à 12 centimètres de grande courbure, ce qui suppose une coupe verticale. Et il explique que pour faire cette coupe, en bonne place, il n'y a qu'à conserver long l'estomac libéré, à exercer une traction sur lui et à prendre, comme repère, le rebord costal gauche, de sorte que, quand l'opération est terminée, le petit estomac restant est, tout entier, intra-thoracique. Il faut, de plus, *dépouiller la petite courbure* de ses vaisseaux et nerfs: la plupart des chirurgiens, après avoir lié la coronaire, se contentent de faire ce dépouillement de haut en bas, au-dessous de cette ligature, c'est insuffisant; il doit être fait également de bas en haut jusqu'au voisinage du cardia, de façon à paralyser la petite courbure et à supprimer son action physiologique dans sa partie restante. La manœuvre produit une zone de dépéritonisation de la région sur une largeur de 2 centimètres, zone qu'il faut faire disparaître en suturant l'un à l'autre les deux bords de la brèche séreuse, ce qui amène la formation d'un pli musculo-muqueux qui s'invagine, sur une hauteur de 1 centimètre, dans la cavité gastrique. Ces deux temps opératoires exécutés, « la bouche atteint à peine 4 centimètres et si on la diminuait par la manœuvre de Finsterer, on aboutirait forcément à une anastomose trop petite ». Luquet, depuis trois ans et demi, à Saint-Michel, a fait 230 gastrectomies, 185 pour ulcères, 45 pour cancer et il n'a été obligé de rétrécir la bouche en haut que trois fois, dans des estomacs extrêmement dilatés par des sténoses chroniques. Cette question de la trop grande bouche semble théorique; comme Moure le faisait remarquer, lorsqu'on exécute une anastomose termino-latérale de l'estomac dans le jéjunum, ce dernier forme, en réalité, un fond au premier et la surface d'évacuation utile est représentée par le seul calibre de l'anse efférente. On a dit éga-

lement que le Finsterer créant un éperon en haut, entre l'estomac et le jéjunum, était bien supérieur au Polya qui avait le défaut de favoriser le reflux du contenu gastrique dans l'anse afférente. Pour Luquet c'est inexact si la section gastrique est verticale et si la petite courbure est dépouillée en haut: ce dépouillement, d'une part, paralyse la petite courbure qui devient inerte, flasque et cesse d'exister physiologiquement; la coupe verticale, d'autre part, transforme le petit estomac restant en un entonnoir. Ainsi le bol alimentaire, n'étant plus soumis à l'action physiologique de la petite courbure paralysée, n'obéit plus qu'à la pesanteur et tombe dans le fond de l'entonnoir qui le conduit naturellement dans l'anse efférente et jamais, si on peut dire, dans l'afférente. La section verticale de l'estomac a encore un autre avantage, que Luquet a exposé à la Société de Médecine de Paris (1936), c'est que tout en supprimant haut la petite courbure, région dangereuse pour les ulcères, elle sacrifie beaucoup moins de grande courbure, ce qui a pour résultat pratique de moins troubler la digestion gastrique et surtout de diminuer l'anémie consécutive à la gastrectomie dans des proportions considérables.

Nous pensons qu'une bonne anastomose doit être large afin d'être incontinent, et déclive pour ne pas donner la moindre stase. Elle doit, en outre, éviter le reflux dans l'anse afférente. Les anastomoses termino-latérales transmésocoliques ou précoliques avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire, remplissent ces trois conditions.

Le Polya et le Finsterer sont également recommandables. Il nous paraît utile de suspendre, par quelques points supplémentaires, l'anse afférente, quel que soit le procédé utilisé pour l'anastomose.

La gastrectomie pour ulcère duodénal, ne comporte pas une technique réglée, « du moins pour la portion duodénale » (Pauchet). Chaque cas est différent du précédent. Souvent le duodénum est en partie détruit et il faut obtenir sa suture étanche. Parfois il est complètement détruit, dans sa seconde portion et l'ulcère a pénétré dans le pancréas. Il faut libérer les parois duodénales dans l'épaisseur même de cet organe et fermer les bouts duodénaux sans risque de perforation secondaire. Dans ces cas, il est nécessaire de recourir à des manœuvres que seul un technicien entraîné à ce genre d'opération est susceptible de réaliser (voir Chapitre XI). Pauchet, tout en observant des principes qu'il considérait comme fondamentaux, usait, en même temps, d'une multitude de procédés pour les appliquer ; nous l'avons entendu émettre cet aphorisme que, si un mauvais chirurgien n'a pas de technique, un bon chirurgien a une technique et qu'un très bon chirurgien doit avoir beaucoup de techniques. Il voulait que l'opération se plie au cas du malade et non le malade à l'opération. Insistant également avec force sur ce qu'il appelait les « trucs » en chirurgie : « Une gastro-entérostomie, répétait-il, demande vingt trucs, une gastrectomie en réclame cent ! »

CHAPITRE XIII

Traitement de l'ulcère duodénal compliqué

Nous ne pouvons, dans cette étude générale, qu'exposer brièvement le traitement de l'ulcère duodénal compliqué. La *perforation*, l'*hémorragie*, enfin, nous parlerons de la *dégastro-entérostomisation*, considérant l'ulcère jéjunal comme une complication de l'ulcère duodénal traité primitivement par une gastro-entérostomie. Ces cas sont relativement fréquents surtout si, comme nous l'avons vu, la gastro-entérostomie a été faite chez des hyperchlorhydriques.

La *perforation* exige un traitement chirurgical immédiat : avant la sixième heure, on obtient 95 à 100 pour 100 de guérisons. Après vingt-quatre heures la mortalité est de 90 pour 100.

La suture simple est l'opération de choix par sa simplicité. Mais cette suture provoquant parfois un rétrécissement considérable du pylore, il faudra, dans ce cas, la

compléter par une gastro-entérostomie aussi large que possible.

Si la suture est impossible, la perforation à bords calleux ne tenant pas sur le fil, ou si l'on a affaire à un sujet très résistant et à un estomac sans adhérences, la duodéno-gastrectomie pourra se faire d'emblée, cette intervention chirurgicale supprimant à la fois la perforation et la maladie causale. Mais cette opération, dans ces conditions, est d'une extrême gravité et ne se pratique que dans les cas d'absolue nécessité. Récemment, dans la *Presse Médicale*, Brocq et Aboulker, étudiant la place actuelle de la gastrectomie dans le traitement des perforations gastriques ou duodénales, concluaient en envisageant plusieurs cas : tout d'abord, les indications de nécessité ; pour les autres cas, disaient-ils, la décision ne pouvait être prise qu'en appréciant trois facteurs :

1° *L'infection péritonéale* : un délai de six heures ne devant pas être dépassé ;

2° L'appréciation de l'atteinte de l'état général du malade ;

3° Le facteur anatomique conditionnant la simplicité et la facilité de la gastrectomie.

Ceci étant posé, l'opération, disaient-ils, sera menée à bien en respectant certaines conditions techniques, et, surtout, il faut du temps, des aides spécialisés et un entraînement de l'opérateur.

Donc, si toutes les conditions se trouvent réalisées, on peut étendre les indications de la gastrectomie dans la perforation, mais, néanmoins, il nous semble que la gastrectomie d'urgence reste une opération de nécessité. Autant nous sommes partisans de la gastrectomie dans l'ulcère, autant nous sommes opposés à cette intervention radicale dans les complications. En cas de perforation,

sauf le cas exceptionnel où le malade est vu dans l'heure avec possibilité d'une exérèse facile, dans d'excellentes conditions, il faut se borner à faire la simple suture complétée ou non par une gastro-entérostomie, suivant l'état du pylore après suture. Mieux vaut réserver la gastrectomie à un second temps opératoire.

On évitera cette grave complication par l'opération précoce lorsqu'il y a *menace de perforation*; nous ne disons pas « perforation aiguë », car aucun chirurgien n'hésite à opérer immédiatement un ulcus perforant — nous parlons des ulcus *en voie* de perforation : ceux qui se révèlent sur la table d'opérations, sous forme d'une ampule creusant la paroi intestinale et concurremment le pancréas ou le foie. Cette opération ne sera jamais une gastro-entérostomie mais toujours la résection ou l'excision large.

Comment le clinicien est-il prévenu de la menace de perforation ? Par la douleur. Tous ces malades souffrent d'une façon continue et réclament généralement la morphine. La paroi abdominale est souple, chez les uns, contractée chez les autres. Quand elle se contracte, c'est, en principe, parce que, l'ulcus est sur la paroi antérieure du duodénum ; quand la paroi ne se défend pas, c'est parce que, l'ulcus est en arrière, du côté du pancréas. Nous répétons que la douleur continue en cas d'ulcus annonce la perforation.

Pauchet ayant, autrefois, opéré des malades aux douleurs continues par la simple gastro-entérostomie, à trois reprises, la perforation s'est produite pendant l'hospitalisation, quatre ou huit jours plus tard. Il a pu les réopérer d'urgence et pratiquer la suture, quelques heures plus tard, dans d'excellentes conditions.

Les hémorragies relèvent à la fois du traitement médical et du traitement chirurgical. L'hémorragie est un danger constant surtout dans les cas d'ulcère duodénal chronique. Nous n'aurons en vue, ici, que l'hémorragie grave, s'accompagnant de signes généraux alarmants, et non pas la petite hémorragie se manifestant sous forme de mélène que l'on peut considérer comme un symptôme de l'ulcère. Nous avons étudié le traitement médical de l'hémorragie : il est souvent efficace, au moins temporairement. Mais dès que celle-ci aura cessé, et l'estomac lavé, il faut s'empres- ser d'opérer. L'opération systématique est moins grave que l'expectative armée ou le traitement médical pro- longé. Aussi ne devra-t-il jamais dépasser quarante-huit heures après l'arrêt supposé de l'hémorragie.

Pauchet, qui avait opéré un nombre considérable d'ul- cus, tirait de son expérience les conclusions que :

Les ulcères hémorragiques doivent être, si possible, opérés en dehors de l'hémorragie même, c'est-à-dire « à sec », immédiatement après que l'intestin a été vidé du sang qu'il contenait. Il concluait à cette indication parce que, à plusieurs reprises, les malades qu'il avait opérés d'urgence pour hémorragies avaient succombé, pendant les suites opératoires, cinq ou six jours plus tard, avec le ventre ballonné et des accidents toxiques. Les nécropsies que nous avons pratiquées, à l'Hôpital Saint-Michel, ne nous avaient jamais révélé le moindre incident du côté des sutures, ni de péritonite. Pauchet en concluait que les opé- rés faisaient des albumines toxiques par résorption du sang contenu dans l'intestin et qu'ils mouraient intoxi- qués. Aussi, de là à conclure à la nécessité d'opérer « à sec », il n'y avait pas loin et c'est ainsi qu'il obtenait « à sec », des succès dans presque tous les cas (95 pour 100). Sa technique était : section de l'ulcus, abrasion des bords malades du duodénum ; fermeture en cul de sac de l'esto-

mac et du duodénum; gastro-entérostomie. C'est le traitement de choix dans ce genre d'accidents. Tous les autres sont timides et dangereux. Pâchet nous disait n'avoir pas perdu un seul malade par ce traitement et, par contre, en avoir perdu après avoir exécuté des traitements dits bénins: gastro-entérostomie, duodéno-plicature, ligature des vaisseaux, exclusion du pylore, sous prétexte que les malades étaient trop faibles.

En cas d'hémorragies répétées et si l'état du malade est encore relativement bon, on pourra faire une duodéno-gastrectomie d'emblée; la mortalité de cette intervention dans de telles circonstances est élevée (10 pour 100). Aussi est-il préférable de faire une simple gastro-entérostomie, quitte à traiter la lésion elle-même par une gastrectomie ultérieure et guérir ainsi le malade en deux fois. « Mieux vaut guérir un malade en deux fois que de le tuer en une » (Victor Pachet).

Les indications de la gastrectomie d'urgence sont de moins en moins fréquentes et ceci est un bienfait du traitement des ulcères, ou gastriques ou duodénaux, par la gastrectomie. Dans nos observations (n° 12), nous citons un cas récent où, devant la répétition des hémorragies, Le Gac dut pratiquer une gastrectomie de nécessité in extremis, suivie de guérison.

La dégastro-entérostomisation pour ulcus peptique.
Nous avons vu que la gastro-entérostomie, pratiquée pour des ulcères duodénaux hyperchlorhydriques, exposait à l'ulcus peptique. Cette lésion annoncée par la reprise des douleurs, par des hémorragies, provoque une déformation fixe de la bouche anastomotique à la radioscopie, avec point douloureux électif. Cette nouvelle ulcération expose à de graves dangers (perforation, fistule gastro-jéjuno-

colique) imposant la cure chirurgicale. Quels procédés faut-il envisager ?

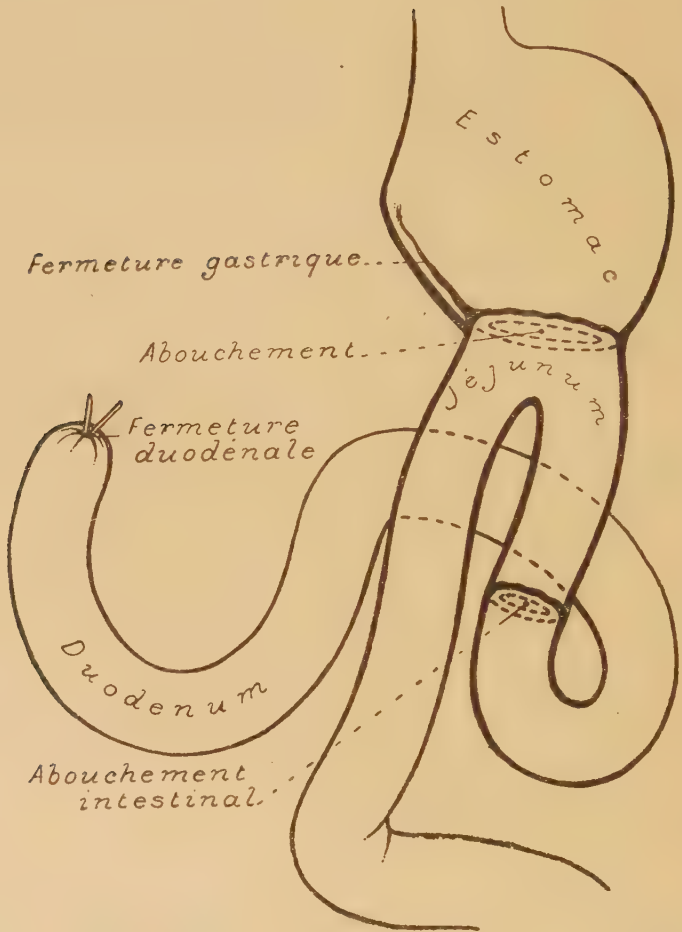


FIG. 18. — Après triple résection pour ulcère jéjunale (duodénum ulcéré, anastomose jéjunale ulcérée, large portion gastrique), anastomoses terminales intestinale et gastro-jéjunale à la Polya.

La simple excision de l'ulcus jéjunale, avec nouvelle gastro-entérostomie, est une intervention défectueuse ; le malade se trouvant, après cette opération, dans les mêmes

conditions que celles antérieures à la formation de l'ulcus jéjunal qui ne manquera pas de se reproduire en raison de l'hyperacidité persistante.

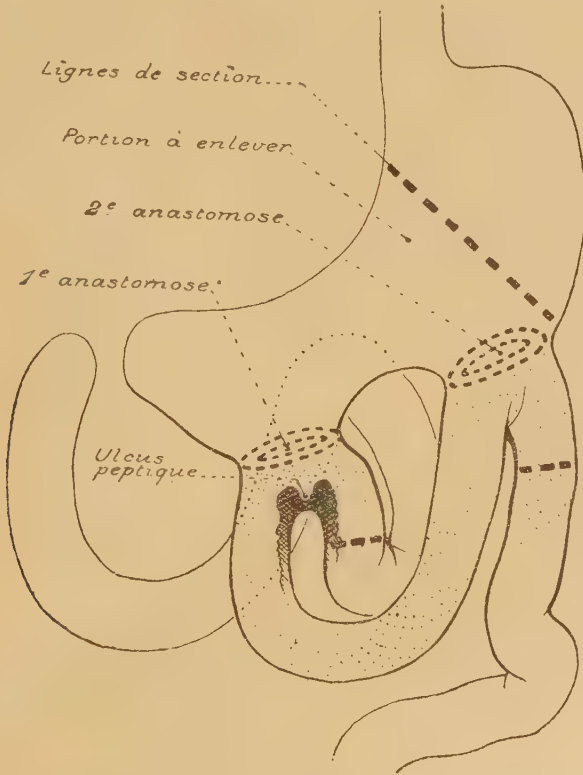


FIG. 19. — Après deux gastro-entérostomies successives: ulcus peptique de la première anastomose et mauvais drainage de la seconde. (Observation 7).

Il faut faire, dans ces cas, ce qui aurait dû être fait tout d'abord, traiter directement l'ulcère duodénal primitif, ou réséquer l'estomac. Dans ce cas encore le chirurgien sera guidé par la chlorhydrie du malade.

Si le malade est hyperchlorhydrique, la gastrectomie s'impose. La résection devra comprendre le duodénum ulcéré, une portion gastrique et l'anastomose jéjunale

ulcérée. On pourra ensuite rétablir la continuité digestive par deux procédés dont les indications seront les mêmes que pour la gastrectomie primitive.

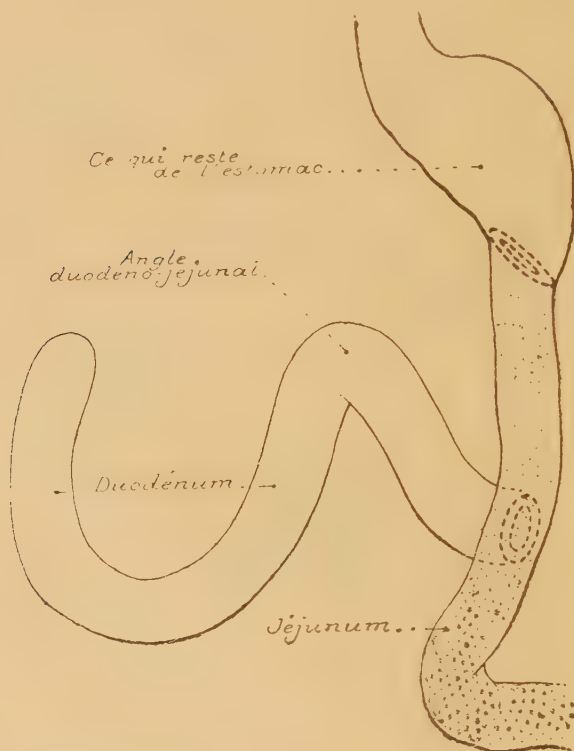


FIG. 20. — Après gastrectomie (Voir fig. 19). implantation du moignon gastrique au jéjunum distal et abouchement termino-latéral jéjuno-jéjunal. (Observation n° 7).

1° Soit le bout à bout à la Péan, lorsqu'il peut être fait, avec suture circulaire du duodéno-jéjunum, termino-terminale.

2° Soit fermeture du duodénum avec suture en bourse, implantation de la tranche gastrique à la Polya ou Finsterer, avec une anse courte du jéjunum et anastomose termino-terminale de l'intestin (Fig. 18).

Si le malade n'est plus hyperchlorhydrique et si, après laparotomie, on trouve un ulcus duodénal cicatrisé, réduisant le duodénum en un petit canal fibreux, la résection et la fermeture de ce dernier sont très simples. Une gastrectomie moins large sera nécessaire et portera immédiatement au-dessus de l'orifice anastomotique ulcéré.

L'opération peut encore consister à réséquer le jéjunum ulcéré et à rétablir cet intestin par une suture termino-terminale; à fermer ensuite la brèche gastrique et à pratiquer la gastro-duodénostomie de Finney. Pour que cette anastomose soit facile et exécutée sans risques, il faut qu'il y ait de la gastropiose; si elle est impossible, une pyloroplastie peut suffire.

Ces interventions sont délicates et exigent de l'entraînement de la part de l'opérateur; elles sont plus graves que la gastrectomie d'emblée. La gastro-entérostomie comme traitement de l'ulcus duodénal, ne doit donc se faire que dans des cas bien définis, le traitement direct de l'ulcération étant le plus souvent nécessaire. Le point noir de la gastro-entérostomie pour ulcère duodénal hyperchlorhydrique est l'ulcus jéjunal. La gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum donne une mortalité de 1 pour 100. La gastrectomie pour ulcère jéjunal 10 pour 100.

CHAPITRE XIII

OBSERVATIONS

Les observations que nous présentons sont celles de malades, examinés dans le service de gastro-entérologie de l'Hôpital Saint-Michel et opérés par notre maître Pouchet.

Nous avons pris des cas remontant à 1925 pour indications des traitements chirurgicaux pratiqués par Pouchet, à cette époque, dans le traitement de l'ulcère duodénal. Il les pratiquait tous, suivant leurs indications respectives, depuis 1920.

OBSERVATION N° I

Observation de Madame T.

Entrée à Saint-Michel le 23 mars 1925

Malade âgée de 40 ans, présentant des troubles gastriques depuis environ deux ans. A été hospitalisée en mai 1924, à Saint-Michel, à la suite d'une forte hématomèse. La malade ne peut nous renseigner sur le diagnostic porté à cette époque. A été traitée médicalement depuis. Sauf une amélioration de deux mois, la malade souffre d'une manière permanente. En octobre, 24, crises très douloureuses, avec irradiation lombaire, pas d'ictère. En fin novembre, nouvelle hématomèse. Depuis, la malade se plaint de douleurs nocturnes dans l'hypochondre droit. Vomissements fréquents, sans horaire fixe. L'appétit est conservé, mais la malade s'alimente peu, par crainte des vomissements.

A son entrée, la malade est très amaigrie; nouvelle hématomèse dans le service. L'examen de l'appareil urinaire est négatif. Rien au poumon ni au cœur.

A l'examen la malade présente une sensibilité exagérée de la région duodénale. La vésicule paraît un peu grosse. L'estomac présente des mouvements péristaltiques apparents:

Le chimisme donne des résultats suivants:

Acidité totale A. oscillant entre 3,20 et 3,60.

Acide chlorhydrique libre H entre 2,10 et 2,30.

Stase acide salicylique dans tous les tubes.

L'examen radiographique conclut à une déformation de la première portion duodénale. Il est du reste incomplet, la malade affaiblie par son hémorragie supportant difficilement l'examen. Nous lui faisons une transfusion sanguine avant l'opération. La malade est opérée pour ulcère duodénal le 2 avril 1925.

A l'interveniton, on trouve:

- 1° une lithiase biliaire nécessitant la cholécystectomie;
- 2° un ulcère duodénal térébrant du pancréas; on pratique la résection, la malade étant fortement hyperacide. Gastro-entérostomie secondaire Billroth II. (Malade tarée et sans résistance).

Suites opératoires bonnes, guérison.

Nous avons pu avoir des nouvelles de la malade neuf mois après l'intervention. Elle a repris 4 kilogrammes, elle « mange de tout et digère très bien ». Pas de diarrhée, de temps en temps un peu de constipation. La malade se sent « chaque jour de plus en plus forte ».

Nous avons ici l'exemple d'une lésion double duodénale et vésiculaire. La cholécystite par sa latence même paraît bien être la première en date; on peut se demander si elle n'a pas été l'épine irritative qui a déclenché l'ulcus chez une malade fortement hyperacide.

OBSERVATION N° 2

Observation de M. ISA .

Entré à l'hôpital Saint-Michel le 5 janvier 1925. Malade âgé de 59 ans. Début, il y a vingt-cinq ans. Douleurs épigastriques sourdes, durant deux heures, et survenant trois heures après les repas. Parfois, douleurs nocturnes. Evolution par crises avec accalmies successives de plusieurs années.

Pas de vomissements. Pas d'amaigrissement. Bon appétit.

L'examen est pratiqué. Le chimisme montre une hyperacidité notable:

A. 3, 20.

H. 2,40.

Pas de stase, on ne trouve de l'acide salicylique que dans les deux premiers tubes.

A l'examen radiologique, on trouve un estomac hyperkinétique et hypersécrétant. Evacuation gastrique rapide. Le bulbe duodénal présente un étranglement. Cette image ne s'est pas reproduite à un examen ultérieur. A l'étude du transit intestinal on note de la stase iléale.

On conclut à un ulcus duodénal et l'intervention est décidée. Le malade est opéré le 19 janvier.

On trouve effectivement un ulcus duodénal. Le malade étant hyperacide et résistant, on pratique la gastrectomie. Le bout

à bout à la Pean étant anatomiquement impossible, on fait l'anastomose à la Polya, anse courte, transmésocolique.

Suites opératoires normales.

Dix mois après, le malade se trouve « de mieux en mieux », « mange de tout », « selles normales », reprend du poids.

Cette observation montre deux choses :

D'abord, que lorsque l'on n'a pas une image nette à la radio, le diagnostic d'ulcère duodénal ne peut se faire souvent que par un ensemble de signes (hypersécrétion, hyperacidité, évacuation rapide, longs antécédents gastriques) ; ensuite, que la principale indication de l'intervention radicale est l'hyperacidité du sujet.

OBSERVATION N° 3

Observation de M. MER

Entré à l'hôpital Saint-Michel le 13 mars 1925.

Agé de 41 ans. Chauffeur. Début, il y a dix ans, par troubles gastriques vagues. Evolution par crises. Le malade se plaint de douleurs très vives au creux épigastrique, survenant quatre à cinq heures après les repas. Douleurs nocturnes. Le malade accuse des vomissements intermittents, bilieux et alimentaires. Pas d'hémorragies, constipation, pas d'appétit, amaigrissement.

Il s'agissait donc de troubles à orientation gastrique à type net.

Le chimisme a montré une hyperacidité totale A. (1,90 à 2,20).

La chlorhydrie H. est normale.

Stase très accusée ; on retrouve de l'acide salicylique dans tous les tubes.

La radio montre un diverticule juxta-pylorique.

L'intervention est décidée. Après un traitement médical de seize jours le malade est opéré le 12 mars 1925.

On trouve effectivement un ulcus duodénal de petite di-

mension s'accompagnant de périhépatite. La vésicule est bleue elle n'est pas calculeuse.

Section du duodénum, au-dessous de l'ulcus. Ecrasement de l'estomac: résection. La tranche gastrique est fermée sur les deux tiers de sa hauteur. Abouchement bout à bout gastro-duodénal Péan.

Guérison: suites opératoires excellentes. Le malade passe à la radio avant de partir de l'hôpital. La bouche fonctionne normalement par petits bols. Huit mois après le malade accuse une augmentation de poids de 7 kilogrammes. Mange de tout. ne souffre plus.

Nous trouvons dans cette observation un long passé gastrique avec double lésion. Périhépatite et ulcus duodénal.

La lésion duodénale paraît, par ses caractères mêmes, plus récente.

La résection a été jugée nécessaire, étant donné l'hyperacidité du malade. L'estomac s'abaissant facilement, la résection n'ayant pas été trop large (chlorhydrie normale), l'anastomose bout à bout à la Péan a été possible et a donné d'excellents résultats.

OBSERVATION N° 4

Observation de Mme P...

Entrée à l'hôpital Saint-Michel le 13 mars 1925. Agée de 64 ans. Long passé gastrique. Il y a vingt-deux ans la malade a eu trois vomissements sanguins avec méléna. Elle souffre de l'estomac, depuis environ quinze ans. Evolution par crises successives. Depuis huit années, douleurs épigastriques, survenant la nuit. Fringales douloureuses calmées par l'ingestion d'aliments. Pas de vomissements. Constipation opiniâtre. Depuis un an, tous les troubles ont augmenté d'intensité. Trois hématomèses dont une fois avec méléna concomitant, vomissements de stase.

Chimisme:

A. 1,50 à 1,80.

H. 0,40 à 1,10.

Stase acide salicylique dans tous les tubes.

Radio: Estomac en forme de crochet, bonne motilité gastrique. On ne voit pas de lésion duodénale. Les multiples hématomèses, les symptômes douloureux, rendaient légitime la laparotomie exploratrice.

La malade est opérée le 25 mars 1925. On trouve un ulcus duodénal sténosant. La malade n'étant pas hyperacide on pratique une gastro-entérostomie transmésocolique verticale à anse courte (Ricard).

Guérison. Suites opératoires bonnes. Le 21 septembre la malade repasse à la radio. Fonctionnement gastrique parfait. En novembre la malade présente un état général parfait, elle a repris 7 kilogrammes, selles normales.

Il s'agissait donc d'un ulcus duodénal cicatrisé chez une malade à acidité normale. La gastro-entérostomie est le traitement de choix dans ces cas.

OBSERVATION N° 5

Observation de M. I. E. G.

Agé de 28 ans, présente un long passé gastrique datant de quatre ans. Examiné, à l'Hôpital Saint-Michel, en juin 1923. La malade se plaignait de douleurs épigastriques, survenant en pleine nuit. Constipation. Pas de vomissements, aurait présenté une petite hématurie au moment d'une petite crise douloureuse. Le chimisme révèle une légère hyperacidité totale. La chlorhydrie est normale. Pas de stase. A la radio, motilité gastrique normale, pas de lésion duodénale. Le malade est traité médicalement, amélioration notable: reprise de poids 5 kilogrammes.

En décembre 1924, des troubles sérieux font leur apparition: amaigrissement notable, douleurs en broche au creux épigastrique. Le malade est de nouveau examiné dans le service. La radio montre un estomac hyperkinétique. Le bulbe

duodénal est petit et nettement déformé (déformation constante à plusieurs examens). Hypersécrétion gastrique. L'examen du chimisme gastrique montre une forte augmentation de l'acidité totale (2,80-3), la chlorhydrie est normale. Pas de stase. On fait le diagnostic d'ulcus duodénal probable et on décide d'intervenir. L'opération a lieu au début de mars 1925. On trouve un ulcus duodénal typique, en voie de perforation. Gastrectomie, fermeture du duodénum. Anastomose à la Polya transmésocolique à anse courte.

Suites opératoires excellentes, guérison. Nous avons eu des nouvelles du malade huit mois après. Selles normales. Le malade a repris 12 kilogrammes, mange de tout, ne souffre plus. Le chimisme fait plusieurs mois après montre de l'hypoacidité.

Cette observation met en valeur l'évolution par crises de l'ulcus duodénal, évolution que n'a pu enrayer un traitement médical prolongé. La gastrectomie, traitant l'ulcus en entraînant de l'hypo-acidité par ablation d'une large surface sécrétante, a assuré la guérison définitive.

OBSERVATION N° 6

Observation de M. RAN

Entré à l'hôpital Saint-Michel, le 16 mai 1925

Malade âgé de 43 ans. Souffre de l'estomac depuis cinq ans. Douleurs vives au creux épigastrique et sous le rebord costal droit. Constipation et diarrhée par périodes, amaigrissement, asthénie. N'a jamais eu de coliques hépatiques ni d'ictère. Point douloureux sous-costal droit, mais on ne sent pas la vésicule.

L'examen du suc gastrique montre une acidité totale normale.

A. entre 1,40 et 2.

H. normale entre 0,70 et 1,20.

Pas de stase; on ne trouve en effet de l'acide salicylique que dans les trois premiers tubes.

Radio: Pyloré, à aspect spasmodique, laissant cependant passer quelques particules barytées. Hypersécrétion abondante. Point douloureux net au-dessus du duodénum. Urée sanguine 0,57. Rien au poumon. Rien au cœur.

On conclut à la probabilité d'un petit ulcus duodénal avec possibilité de cholécystite.

Le malade est opéré le 8 juin 1925. On trouve un ulcus duodénal de petite dimension. Rien à la vésicule. On pratique une gastro-entérostomie postérieure verticale à anse courte. Enfouissement de l'ulcus.

Guérison. Résultats éloignés bons. Se porte très bien, ne souffre jamais. Le malade a augmenté de 8 kilogrammes. Selles normales (décembre 1925).

Chez de tels malades à acidité normale et présentant un ulcus petit, sans tendances extensives, l'enfouissement de l'ulcération, suivi d'une gastro-entérostomie, est l'intervention la meilleure; à moins toutefois qu'une gastroptose ne permette de pratiquer l'anastomose de Finney.

OBSERVATION N° 7

Observation de M. R. N...

Entré à l'hôpital Saint-Michel, le 12 juin 1925

Malade âgé de 42 ans, a été opéré il y a quatre ans pour ulcère duodénal.

A subi une duodéno-pyloréctomie avec gastro-entérostomie.

En janvier dernier le malade consulte à Oran et l'on fait le diagnostic d'ulcus peptique. Le malade étant en mauvais état, on pratique une seconde gastro-entérostomie antérieure.

Depuis cette seconde intervention le malade se plaint de douleurs épigastriques, très violentes, irradiant dans les hypochondres, survenant quatre heures après les repas et calmées par l'alimentation. Vomissements alimentaires quotidiens. constipation, pas d'hématémèse, amaigrissement.

Chimisme gastrique:

Hypoacidité totale A. 1 à 1,30.

Chlorhydrie A. exagérée, 0,80-1.

Pas de stase.

Radio: Ulcus peptique au niveau de la première bouche de gastro-entérostomie.

Mauvais drainage au niveau de la seconde.

L'intervention est décidée.

On trouve un ulcus peptique typique. Section du jéjunum en amont de l'ulcère (première bouche) et en avant de la seconde anastomose.

Résection gastrique large. Abouchement bout à bout du jéjunum distal à l'estomac. Abouchement termino-latéral jéjuno-jéjunal. (Voir fig. 19 et 20: gastrectomie après double gastro-entérostomie).

Suites opératoires bonnes. Guérison. Le malade venu se faire opérer d'Oran y retourne.

La gastrectomie est le seul traitement que l'on puisse appliquer à ces cas graves. Malgré une double gastro-entérostomie, le malade a gardé une acidité de 1,30; il est donc très probable que l'on a fait la première gastro-entérostomie chez un malade très hyperacide, cette acidité étant en partie responsable de l'ulcus jujénal.

Chez de tels malades, il faut faire la gastrectomie d'emblée, c'est la seule opération qui met l'opéré à l'abri de ces complications. La gastrectomie secondaire est beaucoup plus grave, donnant une mortalité d'environ 10 pour 100.

OBSERVATION N° 8

Observation de Mme de SAN

Entrée à l'hôpital Saint-Michel, le 5 mars 1924

Malade âgée de 48 ans. Long passé gastrique, début en 1916 par pesanteur après les repas et douleurs aux creux épigastrique avec irradiations dans les hypocondres survenant trois

heures après les repas. Ces douleurs sont calmées par les vomissements, constipation.

Période d'accalmie pendant deux années, sans aucun régime. Réapparition des symptômes en juin 1923. Le malade maigrit de 5 à 6 kilogrammes en un an, jamais d'hémorragies. Vomissements survenant tous les deux ou trois jours.

Chimisme:

Hypoacidité A. entre 1 et 1,80.

Hypochlorhydrie H. entre 0,30 et 0,60.

Stase acide salicylique dans tous les tubes.

Radio: Estomac ptosé, petit diverticule de la première portion du duodénum.

La malade est opérée le 10 mars; on trouve un petit ulcus duodénal sténosant. Le duodénum étant mobile, et l'estomac ptosé.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

Il s'agit donc d'une malade amaigrie, peu résistante, chez laquelle on trouve un ulcus duodénal petit, presque cicatrisé.

La gastropse, l'hypoacidité marquée et la mobilité duodénale, font que toutes les conditions sont réunies dans ce cas, pour faire de la gastro-duodénostomie de Finney l'opération idéale.

OBSERVATION N° 9

Observation de M. VAL

Entré à l'hôpital Saint-Michel, le 10 janvier 1925

Agé de 45 ans, présente un long passé gastrique remontant à plus de vingt ans. Une heure après les repas, sensation de gonflement à l'épigastre avec points douloureux, appétit conservé, diarrhée par périodes. Ces symptômes sont longtemps fugaces avec longues accalmies. En 1922, le tubage révèle déjà une forte hyperacidité. Pas de stase, aucune image pathologique à la radio. Le malade est très nettement amélioré par le traitement médical. Cette amélioration persiste pendant plus

d'un an, à tel point que tout remède est abandonné et que l'on met le malade à un régime très large. En janvier 1923 le malade accuse une très forte crise douloureuse avec vomissements fréquents, constipation. Jusqu'à son entrée à l'hôpital le malade souffre par périodes. En septembre 1924 l'intervention lui est conseillée. Il aurait remarqué la présence de sang dans les selles. Entré à l'Hôpital Saint-Michel en janvier 1925. Amaigrissement.

A ce moment, l'examen du chimisme gastrique montre une très forte hyperacidité.

A. varie entre 3,50 et 4.

H. varie entre 1,80 et 2,40.

Stase acide salicylique dans les cinq premiers tubes.

La radio montre une forte hypersécrétion et une encoche nette déformant les contours de l'ombre duodénale. L'examen complémentaire du malade est négatif; rien au cœur, rien au poumon, urines normales, Wassermann négatif.

A l'intervention on trouve un ulcus duodéal. Le malade étant très hyperacide, on fait une large résection. Anastomose gastro-jéjunale à la Polya transmésocolique anse courte.

Résultats opératoires bons. Guérison.

Un mois et demi après l'intervention, la radio montre une bouche anastomique qui fonctionne bien.

Nous avons pu avoir des nouvelles du malade six mois après l'intervention. Il se porte « très bien », « mange de tout », a augmenté presque de 10 kilogrammes; selles normales.

Cette observation montre que l'on ne doit pas prolonger trop longtemps le traitement médical de l'ulcère duodéal. Le danger est de prendre pour une guérison ce qui n'est qu'une amélioration passagère.

L'ulcus évolue par crise avec souvent de longues périodes de rémission.

De plus, dans cette observation, on voit que la longue histoire clinique d'une part et la forte hyperacidité persistante du malade, d'autre part, ont été les indications principales de la gastrectomie. Seule, la résection large peut amener la guérison de ces malades et cette résection

doit être d'autant plus étendue que l'acidité est plus accusée.

OBSERVATION N° 10

Observation de M. MAR

Entré à l'Hôpital Saint Michel, le 22 avril 1923

Malade âgé de 50 ans, souffre de l'estomac depuis quatre ans environ. Douleurs deux heures après les repas et la nuit vers 11 heures.

Vomissements alimentaires, calmant les douleurs. Pas d'hématémèse, diarrhée comprenant 5 à 6 selles par jour, amaigrissement très marqué.

Le tubage montre de l'hypoacidité totale (variant entre 1,20 et 1,80). La chlorhydrie varie entre 0,40 et 1. Stase très prononcée; on trouve, en effet, de l'acide salicylique dans tous les tubes.

A la radio, l'estomac est en forme de crochet. Motilité faible, évacuation tardive. Le bulbe duodénal paraît un tube rigide sans déformations nettes. Déformations en tuyau. Il s'agit donc d'un syndrome pylorique, justifiant la laparotomie exploratrice.

Le malade est opéré le 3 mai. On trouve un ulcus duodénal étendu. Le chirurgien pratique l'enfouissement de l'ulcère avec gastro-entérostomie à anse courte.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

Le malade est venu en mai 1924. Très bons résultats fonctionnels, pas de douleurs, reprise de poids.

Il s'agit dans cette observation d'un ulcus ancien chez un malade âgé et nettement hypoacide. Le Balfour n'a pu être pratiqué, la lésion étant trop étendue. L'enfouissement et la gastro-entérostomie sont, dans ce cas, le traitement de choix.

OBSERVATION N° 11

Observation de M. MAI

Entré à l'Hôpital Saint-Michel, le 1^{er} mai 1924

Malade âgé de 32 ans. Profession: manœuvre, souffre de l'estomac depuis quatre ans. Douleurs sourdes, continuelles, sans horaire fixe; ces douleurs sont plus accentuées en position debout. Pas de vomissements. Bon appétit. Pas de douleurs nocturnes. Ni hématemèse. Ni melœna.

En 1923, vomissements de bile, le matin, nécessitant un régime lacté absolu. Une radio est faite en octobre 1923, elle conclut à la possibilité d'ulcère gastrique.

Le malade vient se faire examiner, en avril 1924, à la consultation de Gastro-Entérologie de l'Hôpital Saint-Michel. Le malade est très amaigri, malade très émotif, à tempérament très nerveux: les douleurs sont réapparues sans horaire fixe. Pas de constipation. Son chimisme révèle une forte hyperacidité (variant entre 2,80 et 3,30). Sa chlorhydrie s'est montrée variable à deux examens successifs; elle est fortement exagérée au premier examen et au-dessous de la normale au second.

Radio. Hypersécrétion. Péristaltisme caractérisé par des crises nettes d'efforts suivies de phases de fatigue, on note un point douloureux au niveau du pylore. Rien aux poumons, ni au cœur.

L'intervention est décidée pour « probabilité d'ulcus pyloro-duodénal ». Le malade est opéré le 19 mai 1924. On ne trouve pas d'ulcus ni gastrique, ni duodénal. La vésicule biliaire est normale. On pratique une pyloroplastie.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

On note, à l'examen du suc gastrique, après l'opération, une forte diminution de l'acidité totale (variant entre 1,50 et 2).

Nous avons pu avoir des nouvelles du malade cinq mois après l'intervention. Il est très nettement amélioré. L'alimentation substantielle est possible, tandis qu'il ne pouvait précédemment supporter que des laitages et des purées. Il ne persiste qu'un peu de ballonnement survenant quelques heures après le repas.

Il s'agit donc d'un malade souffrant de troubles à orien-

tation gastrique nette, chez qui la laparotomie exploratrice était nécessaire. En l'absence de toute lésion organique, le chirurgien a pratiqué une pyloroplastie. C'est la seule intervention que l'on doive pratiquer dans ces cas. La gastro-entérostomie serait dangereuse, car elle crée souvent un nouvel état pathologique. La pyloroplastie, le plus souvent, améliore grandement ces malades.

OBSERVATION N° 12

Observation de LE GAC

Hémorragies Gastro-duodénales à répétition Gastrectomie in extremis. Guérison

Les circonstances dans lesquelles j'ai été appelé à voir ce malade méritent d'être relatées. Un de mes anciens opérés de gastrectomie vient me voir le 24 mai 1937 accompagné du père et de la mère du jeune malade qu'il me demande d'aller voir d'urgence à 60 kilomètre de Paris. Il m'apporte le dossier de maladie établi par le médecin traitant, ainsi que les radiographies. Voici l'histoire: M. Gérard D..., 24 ans, a toujours souffert de l'estomac depuis l'âge de seize ans; douleurs tardives avec faim douloureuse, brûlures, renvois acides; elles ont évolué par crises, d'abord espacées, puis de plus en plus rapprochées. Il est en traitement depuis l'âge de dix-huit ans. Il a fait son service militaire, en passant la plus grande partie de son temps, soit à l'infirmerie, soit à l'hôpital. Rentré du service en octobre 1936, il passe trois bons mois. En janvier 1937, reprise des douleurs, exacerbation des crises, véritable état du mal ulcéreux que rien ne calme, même plus l'ingestion alimentaire; le malade maigrit, hésite à s'alimenter. Une première hémorragie grave survient le 28 avril 1937, se prolongeant jusqu'au lendemain, si grave que le médecin traitant juge bon de le faire transporter dans une clinique à 15 kilomètres de chez lui. Là, traité par le repos, sérum glucosé, il fût radiographié le 3 mai, et les trois radiographies montrent une

lésion ulcéreuse des plus nettes: *Ulcère duodénal*, des plus typiques, des plus nets.

Transfusion le 6 mai. Numération globulaire le 7 mai donnant les résultats suivants:

Hémoglobine.....	50 %
Globules Rouges	2.115.000
Globules Blancs.....	45.800
Poly	87
Mono	1
Moyens	7
Lymph.	5

Il fût ramené chez lui le 10 mai; reprise progressive de l'alimentation. Levé le 20 mai.

Le 23 mai, nouvelle hémorragie avec état syncopal. Transfusion de 300 grammes; le 24 nouvelle transfusion.

Que faire en présence d'une histoire aussi typique d'ulcère duodénal ? Fallait-il accéder au désir des parents et aller le voir ? qu'aurais-je pu faire sur place ? Je trouvais plus utile de faire venir le malade et, trois heures plus tard, je le vis à la Clinique.

Homme vigoureux d'aspect, mais tellement exsangue, (pouls 140) syncopal, hypotendu (T. A. 8); je le jugeais inopérable et demandais d'urgence au Dr Bécart de lui faire une transfusion de 500 grammes. Je le revis dans la nuit, il était mieux.

Le lendemain à 8 heures, l'état est amélioré (pouls 90) T. A. 9 1/2; je conseille l'attente, mais elle devait être de courte durée. A 9 h. 15, alors que j'opérais, la Sœur infirmière vient m'avertir d'un changement subit chez le malade qui, incontestablement, saigne de nouveau.

A 10 heures, je l'opérais d'urgence: état de faiblesse extrême, pouls incomptable, tension artérielle 6 1/2. Anesthésie: simple infiltration pariétale. Aucune anesthésie viscérale.

Il s'agit d'un ulcère duodénal de la première portion, ulcère large, postérieur, térébrant, avec ulcération artérielle nette dans le fond du cratère ulcéreux. En une heure (c'est la gastrectomie la plus rapide que j'ai faite), je pratiquais une gastrectomie large. La fermeture duodénale, un peu laborieuse, fût faite selon le procédé qui consiste à utiliser le tissu fibreux prépancréatique, péri-ulcéreux, et à le suturer par des points

séparés au manchon duodénal antérieur qui a été gardé assez long. Polya transmésocolique.

Sur la table d'opération nouvelle transfusion de 300 centimètres cubes. Les suites opératoires furent des plus simples et vingt jours après le malade quitte la Clinique guéri.

Je viens de le revoir, ces jours derniers, il a engraisé de 9 kilos; ne souffre plus. Il a pu reprendre une vie normale.

CHAPITRE XV

I. Conclusions médicales

1° L'ulcère duodénal est le plus médical des ulcères, car il ne paraît se cancériser qu'exceptionnellement. Néanmoins, ses complications, son hyperchlorydrie plus fréquentes que dans l'ulcère gastrique, imposent souvent son traitement chirurgical.

2° Le traitement médical ne devra être appliqué que dans des cas bien définis: intégrité apparente de la silhouette duodénale à la radio, absence de stase gastrique, absence d'hyperchlorhydrie marquée, pas d'hémorragies graves. La durée du traitement médical ne devant pas dépasser un an, s'il n'amène pas d'amélioration. Dans le cas contraire, il doit être prolongé. L'ulcère simple, non compliqué du duodénum appartient à la thérapeutique médicale.

3° Le traitement médical doit être appliqué comme cure d'attente chez les malades qui momentanément ne pourraient supporter l'intervention. Après l'acte chirurgical, le médecin garde tous ses droits pour consolider l'œuvre accomplie par le chirurgien.

4° Un ulcère qui s'accompagne d'un des signes suivants : hémorragies, hyperacidité, douleurs prolongées, déformation constante du bulbe duodénal, relève de la thérapeutique chirurgicale. Un malade qui souffre à la pression du doigt, ou d'une façon vive ou continue, est menacé de perforation. Il faut l'opérer sans tarder et réséquer l'ulcère.

II. Conclusions Chirurgicales

1° La gastrectomie large constitue actuellement le traitement chirurgical de choix de l'ulcère du duodénum. Elle a l'avantage de supprimer, avec l'ulcère, toute la zone de gastrite, et de diminuer considérablement ou de supprimer la production de l'acide chlorhydrique.

2° Les progrès techniques lui confèrent une grande bénignité. Mais ses indications, de plus en plus larges, doivent être subordonnées à un certain nombre de conditions qui lui assurent sa bénignité, en partie l'intégrité du cholédoque et des autres éléments du pédicule hépatique, des canaux pancréatiques, la solidité des sutures du moignon duodénal. Les procédés d'occlusion du moignon duodénal ne nécessitant pas la mobilisation de la paroi duodénale postérieure ont considérablement étendu les possibilités de son exécution.

3° Les ulcères de la 2° ou 3° portion du duodénum, les ulcères adhérents au cholédoque, certains ulcères doubles

et pénétrants relèvent des opérations palliatives. Leur nombre très restreint est de 10 pour 100 des ulcères opérés. Certaines contre-indications de la résection sont dictées par l'âge ou l'état général du malade.

4° Les opérations palliatives généralement pratiquées sont la gastro-entérostomie et la gastrectomie pour exclusion avec ou sans pylorectomie.

5° La gastro-entérostomie donne de moins bons résultats que la gastrectomie pour exclusion. Elle doit être réservée aux vieux ulcères, ou bien aux malades âgés ou incapables de supporter une intervention plus importante.

6° La gastrectomie pour exclusion assure dans la grande majorité des cas la guérison de l'ulcère. L'ablation du pylore doit être pratiquée toutes les fois que l'étendue de la portion saine, en amont de l'ulcère, permet d'assurer une fermeture duodénale sûre. Dans les autres cas, on doit laisser le pylore, sectionner l'antrum en amont du pylore et exciser la muqueuse antrale. L'ablation de la muqueuse antrale, dans sa totalité, supprime la phase chimique de la sécrétion gastrique.

7° La gastrectomie pour exclusion doit être très large et comporter la suppression des deux tiers, au moins, de l'estomac. Cette large résection fundique abaisse le taux de la sécrétion gastrique ou fait même disparaître celle-ci, même après injection d'histamine.

8° Ainsi conçue, la gastrectomie pour exclusion donne de meilleurs résultats que la gastro-entérostomie et elle diminue notablement le danger d'apparition de l'ulcère peptique jéjunal.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — 40^e Congrès Franc. Chir., p. 309. (1931).
- ANTOINE. — *Etude clinique et radiologique de l'ulcère simple du duodénum*. Doin, éd. (1921).
- ARNAUD. — 40^e Congrès Franc. Chir., p. 327. (1931).
- ARON. — *Thèse Montpellier*, 1933.
- AUBERT. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.* Marseille p. 265 (1931).
- BALDWIN. — *Ann. J. of Anat.*, n° 3, p. 66. (1908).
- BALFOUR. — *J. of the Amer. Med. Assoc.* 23 avril 1924.
- BALFOUR. — *Ann. Surg.* v. 88 p. 543-553 (1928).
- BALFOUR. — *Ann. Surg.* octobre 1930.
- BASSAGET. — *Thèse Montpellier*, 1931.
- BAUMEL (J.). — *Les régimes dans les maladies de l'app. digestif*,
Fiches Médicales, Montpellier, 1927.
- BEGOUIN et DUBOURG. — *Bull. Soc. Chir.* Paris, vol. 61, p. 1188-1189. (1935).
- BLANC-CHAMPAGNAC. — *Thèse Paris*, Travail Hôpital St-Michel, 1927.
- BONNEMAISON. — *Thèse Paris*, 1925.
- BORGER. — *Zbl.* p. 2043, 2048. (1932).
- BUTLER d'ORMOND. — *Jour. Méd.* Paris, n° 45. (1925).
- BRENKMANN. — *Thèse Strasbourg*, 1929.

- BRUNING. — *Chîr.*, v. 1, p. 81, 83. (1928).
- BUCHNER. — *Dtsch. Méd. Wschr.* 1934, t. 11, p. 1460, 1463.
- BUTUREANU, BARTH et GRATOSCHI. — *Presse Méd.* p. 2109. (1936).
- CADE et PARTURIER. — *Jour. Médic. Franc.* Juin 1919.
- CAILLE. — *Thèse Paris* 1914.
- CASTAIGNE. — *Jour. Méd. Franç.* Janvier 1923.
- CONSTANTIN. — *Jour. Radio et Electr.* n° 10 (1919).
- CUNEO (B). — *Jour. de Chir.* t. 11, n° 5, Mai 1909, p. 472.
- CUNEO. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.* p. 1011. (1929).
- DELAGENIERE et DUVAL. — *Gaz. Hôp.* v. 93, p. 1422, 1427. (1920).
- DELBET. — *Soc. de Chir.* Paris, 11 Décembre 1907.
- DELBET. — *Paris Méd.* 1911.
- DELORE. — *Lyon Méd.* p. 697, 707. (1928).
- DELORE. — *Ann. Méd. et Chir.*, t. 1, n° 3, 123, 143.
- DELORT (M.). — *Les Actualités thérapeutiques* n° 14, Maloine éditeur.
- DELORT et PAUCHET. — *Vie Médic.* 1924.
- DELORT. — *Jour. Méd.* Paris, 18 Nov. 1922.
- DELORT et VERPY. — *Soc. de Biol.* 27 Nov. 1920.
- DELORT. — *Bruxelles Méd.* 18 Août 1923.
- DENIS. — *Thèse Paris* 1924, Travail Hôpital St Michel, Pathogénie de l'ulcus du duodénum.
- DENECHEAU. — *Thèse Paris*, 1907.
- DONATI. — *Boll. Soc. Piémont Chir.*, t. 1, p. 36 — 47 (1931).
- *Riforma Méd.*, t. III, p. 8 (1934).
- *Rev. Chir. tech.*, p. 71 (1935).
- DUVAL Pierre. — *Acad. de Chir.*, séance du 8 janvier 1930, p. 8.
- DUVAL Pierre. — *Presse Méd.*, 491, 493 (1935).

- DUVAL et BASSET. — *Soc. Chir.*, 15 mars 1922.
- DUVAL et DELAGENIERE. — *Presse Méd.*, v. 28, p. 727, 729 (1920).
- ENRIQUEZ, BINET, DURAND (G.). — *Presse Méd.*, 9 juillet 1921, n° 55.
- ENRIQUEZ et CARRIÉ. — *Jour. Méd. franç.*, janvier 1923.
- ENRIQUEZ et DURAND (G.). — *Soc. Méd. des Hôp.*, 23 mai 1913.
- EISELSBERG. — *Wien Klin. Wschr.*, t. 1, p. 709, 713; 755, 756 (1926).
- EISELSBERG. — *V. Wien Kin. Wschr.*, t. 1, p. 18, 20 (1933).
- FERRAN. — *Gaz des Hôp.*, 1911, n° 29.
- FINSTERER. — *Arch. Klin. Chir.*, 120, p. 111 (1922).
- *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, p. 806 (1933).
- *Arch. Klin. Chir.* 162 (1930).
- *Jour. de Chir.* v. 42, p. 672, 688 (1933).
- *Bull. Soc. Chir. Paris*, v. 59, p. 373, 381 (1933).
- *Rev. de Chir.*, v. 53, p. 367-386, 459-481 (1934).
- FLORCKEN. — *Zbl. Chir.*, p. 1951 (1933).
- *Zbl. Chir.*, p. 708, 711 (1932).
- *Forstchr. Z. Ther.*, p. 8, 37, 41 (1932).
- F'ORGUE. — *Rev. de Chir.*, v. 51, p. 564-588 (1932).
- F'ORGUE, MOURGUE-MOLINES. — *Bull. Soc. des S. Méd. et Biol. de Montpellier*, t. VIII, 268-274, juin 1927.
- FROIN. — *Presse Méd.*, juin 1909.
- GASEWOOD. . . *Ann. Surg.*, 1930.
- GOLDBERG. — *Thèse Montpellier*, 1934, Ulcère peptique, inspirée par MOURGUE-MOLINES.
- GOULLAUD. — *Lyon Chir.*, juillet-août, 1934.
- GOSSET. — *Rapport au Congrès Franç. de Chir.*, 1931 .
- GUTMAN (René). — Les syndromes douloureux de la région épigastrique, G. Doin, édit.

HABERER. — *Zbl. Chir.*, p. 3145 (1931).

HABERER. — *Zbl. Chir.*, p. 1364-1366 (1934).

HARTMANN. — *Bull. Soc. de Chir.*, 1910-1914.

Archives des maladies de l'app. digestif 1914. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1921.

HAYEM et LION. — *Traité des maladies de l'estomac*, 1913.

HERTZ (M.). — *Acad. de Chir.*, séance du 6 juin 1928.

HURST (A.). — *British Méd. Journ.*, avril 1920.

HUSTIN. — *Arch. Franco-Belge de Chir.*, n° 4, avril 1936.

HUSTIN. — *Proc. Verb.*, 42° Congr. Franç. Chir., p. 403-414 (1933).

JACOBOWICI. — *Rev. de Chir.*, p. 668 (1929).

JACOBOWICI. — *Zbl. Chir.*, p. 2606 (1932).

JUDINE. — *Presse Méd.*, t. II, p. 2079-2081 (1937).

KELLER. — *Soc. de Radiologie*, 14 février 1922.

KIRSCHNER. — *Chir.*, p. 417, 421 (1931).

KOCH. — Sur le trait. op. de l'ul. duod. non réséquable..

. — *Zbl. Chir.*, p. 1125, 1127 (1933).

LAPEYRIE. — *Thèse, Montpellier*, 1926.

LAZARD. — *Les Stomites, Thèse Paris*, 1937.

LE GAC. — *Rev. de Chir.*, t. 70, p. 435 (1932).

LERICHE. — *Presse Méd.*, 23 août 1933.

LERICHE. — *Lyon Chir.*, sept-oct., 1933.

LERICHE. — *J. de Chir.* v. 38, p. 469, 549. (1931).

— *J. de Chir.* v. 38, p. 469, 549. (1931).

— *Lyon Chir.* v. 32, p. 617, 620. (1935).

LUQUET (G.). — *La Clinique*, Mars 1922.

— *Bull. et Mém. Sté de Chir.* Paris, t. xxx, n° 1 et 2, (1938).

MAIZILLY. — *Thèse Paris*, Travail Hôp. St Michel, 1924.

MARX (Ch.). — *Thèse Paris*, 1935.

MEUNIER (Léon). — *Presse Méd.* 7 Fév. 1912.

— *Presse Médicale* n° 29. (1920).

MOCQUOT et HOUDARD. — La valeur topographique de la veine pylorique. *Rev. de Chir.* 1912, t. XLV, p. 402.

MONOD. — *Bull. Mém. Soc. Nat. de Chir.* p. 664 (1934).

MOPPERT. — *Presse Méd.*, Mai 1921.

— *Gaz. des Hôp.* n° 74, sept. 1922, n° 76.

MORL. — *Bruns. Beitr.*, 159, 424-446. (1934).

MOYNIHAN. — Ulcus gastrique et duodénal. Traduction de V. Pauchet Doin, éd. Paris.

— *Brit. Méd. Journ.* 13 déc. 1919.

— *Brit. Méd. Journ.* n° 3704, 1, 3. (1932).

OBERTHUR. — *Thèse*, Paris, 1936.

OKIŃCZYK. — *Bull. de la Soc. Nat. de Chir.*, p. 177 (1933).

— *Bull. de la Soc. Nat. de Chir.* v. 61 p. 381, 392. (1925).

— *Rev. Méd. Chir. Mal. Foie*, 10, 177, 189. (1935).

— *J. de Chir.* 32, 395, 396. (1928).

— *Presse Médicale*, p. 1302. (1928).

— *Congrès Fr. de Chir.* (1928).

PAUCHET. — Ulcus duod. *La Clinique*, mars 1923.

— Ulcère d'estomac et du duodénum. *Gaz. des Hôpitaux* n° 4. (1919).

— La meilleure suture en Chir. gastro-intestinale, *Ch. Colin, Imprim.*

— La gastro-entérostomie et ses complications. *Gaz. des Hôp.* n° 77, sept. 1924.

Pratique Chir. illust. Doin, édit.

— Traitement de l'ulcère duodénal. *Archives franco-belges de Chir.*, janv. 1925.

— La Gastropiose, *La Clinique*, n° 51, oct. 1925.

— *Presse Méd.*, 36, 40, 404 (1928).

— *Gaz des Hôp.*, 11, 1053-1056 (1931).

- *VIII^e Congrès int. de Chir. de Varsovie*, 1929.
- *Techn. Chir.* 25, 137, 152 (1933).
- *La dégastro-entérostomie*, Masson éd., 1925.
- *Extrait de la Presse Médicale*, n^o 60, juillet 1925.
- PAUCHET, LUQUET et HIRSCHBERG. — *Ulcère de l'estomac*, Paris, 1929.
- PAUCHET et RICARD. — *Ulcère duodénal. Son traitement chirurgical. XIII^e Congrès de Chirurgie, Paris, Doin*, 1910.
- PAUCHET et SOURDAT. — *Anesthésie locale chir.* Doin, éd. Paris.
- PAUCHET et TIERNY. — *La gastro-entérostomie.* Doin, éd. Paris 1926.
- POIRIER. — *Traité d'anatomie humaine.*
- PRÉVOST. — *Thèse Paris*, 1934.
- RAJON-JUBIÉ. — *Traitement chirurgical de l'ulcère duodénal, Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, t. XVIII, p. 131 (1926).
- RAMOND. — *Jour. de Méd. et Chir. pratique*, 10 avril 1932.
- RENAUDEAUX. — *La Clinique*, mars 1922.
- RICART et PAUCHET. — *XXIII^e Congrès de Chir. Paris*, p. 461 (1910).
- RIO BRANCO. — *Thèse Paris*, 1912.
- SÉNÈQUE (Jean). — *Mém. de l'Acad. de Chir.* Séance du 22 juin 1932, p. 976.
- *Mém. de l'Acad. de Chir.*, p. 247, an. 1937.
- SÉNÈQUE et MARX. — *Journ. de Chir.*, t. 47, n^o 1 et 2 (1936).
- SOUPAULT et HARTMANN. — *Traité des maladies de l'estomac.* Baillière éd., 1904.
- STEINBERG. — *Amer. J. Surg.*, vol. 23, 137, 183 (1934).
- TANACESCO. — *Acad. de Chir.*, 27 juin 1928, p. 935.
- THIERRY DE MARTEL. — *Jour. méd. franç.*, 1923.
- TOY-LAZARIN. — *Thèse, Montpellier*, 1937.

VAUVERTO. — *Acad. de Chir.*, 27 juin 1928, p. 930.

WATSON. — *Arch. Of. Surg.*, juillet 1935.

ZUCKSCHWERDT et ECK. — *Dtsche Z. Chir.*, 236, 424 (1932).

— et BECKER. — *Dtsche Z. Chir.*, 241-49 (1933).

— et HORSMANN. — *Ergebn. Z. Klin. Chir.* (1936).

Table des Matières

AVANT PROPOS	V
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. — <i>Fréquence de l'ulcère duodénal</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Anatomie du duodénum</i>	11
CHAPITRE III. — <i>Rapports de l'ulcère duodénal et de la diathèse hypersthénique</i>	14
CHAPITRE IV. — <i>Traitement médical de l'ulcère duodénal et indications opératoires</i>	18
A. Indications du traitement médical	18
B. Dangers du traitement médical prolongé	20
C. Conclusions et technique du traitement médical	21
D. Les indications opératoires de l'ulcère du duodénum	26
CHAPITRE V. — <i>Pathogénie de l'ulcère duodénal. Ses rapports avec la cholecystite. L'appendicite. La stase intestinale. Déductions opératoires.</i>	29
CHAPITRE VI. — <i>Anatomie pathologique du duodénum ulcéreux</i>	34
CHAPITRE VII. — <i>La gastro-entérostomie comme traitement de l'ulcère du duodénum</i>	42
L'ulcère duodénal maladie très souvent chirurgical	42
La méthode d'anesthésie	42
Les soins préopératoires	43
La gastro-entérostomie. Traitement classique	44
Discussion de la gastro-entérostomie	45
Complications dues à gastro-entérostomie	48
L'ulcère peptique	49
Résultats de la gastro-entérostomie dans l'ulcère duodénal	50
Ses échecs	51
Ses indications	52
Sa technique	53
Où placer l'anastomose ?	53

CHAPITRE VIII. — <i>Le traitement direct de l'ulcère duodénal en chirurgie gastro-intestinale</i>	59
1 ^{er} Le Balfour	61
2 ^o La gastro-duodénostomie. Opération de Finney.	63
3 ^o La duodénectomie	67
CHAPITRE IX. — <i>La gastrectomie pour exclusion</i>	69
Gravité immédiate	71
Ses échecs.	72
L'ulcère peptique	72
Facteurs techniques	73
Résultats de la gastrectomie pour exclusion.	74
CHAPITRE X. — <i>La gastrectomie</i>	77
Ses avantages.	79
Ses résultats	80
Indications générales.	81
CHAPITRE XI — <i>La gastrectomie (Suite)</i>	83
Les possibilités de la résection de l'ulcère duodénal.	83
1 ^{re} La libération du duodénum	84
2 ^o La fermeture du duodénum	89
Procédés habituels	91
Procédé de MAYO-PAUCHET	92
Procédés réservés aux cas difficiles	93
CHAPITRE XII. — <i>Indications et procédés opératoires de la gastrectomie</i>	97
Indications et limites	97
L'anastomose termino-terminale gastro-duodénale	102
Procédé de Péan	102
L'implantation à la Polya	104
Procédé de Hofmeister-Finsterer.	104
Polya ou Finsterer - discussion	107
CHAPITRE XIII. — <i>Traitement de l'ulcus duodénal compliqué</i>	109
Perforation	109
Hémorragies	112
Dégastro-enterostomisation pour ulcus peptique	113
CHAPITRE XIV. — <i>Observations</i>	118
CHAPITRE XV. — <i>Conclusions</i>	134
Bibliographie	137

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Elre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

Du traitement
de l'Ulcère Duodénal
par M. Gaston RAJON.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier le 7 Avril 1938

Le Professeur :

P. DELMAS

Vu :

Montpellier, le 8 Avril 1938

Vu pour le Doyen :

MASSABUAU

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier le 8 Avril 1938

Le Recteur :

PARISELLE

